Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale,, n. 134 del 12 giugno 2006 - Serie generale

Spediz. abb. post. 45% - art. 2, comma 20/b
Legge 23-12-1996, n. 662 - Filiale di Roma

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA **Roma - Lunedì, 12 giugno 2006** SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00100 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 06 85081

N. 143

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

PROVVEDIMENTO 23 marzo 2005.

Intesa, ai sensi dell'articolo 2-*nonies* della legge 26 maggio 2004, n. 138, di conversione in legge del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, sulle proposte di accordi collettivi nazionali per la medicina generale e per la specialistica convenzionata - Testo integrato Accordo collettivo nazionale per la medicina generale. (Rep. n. 2272).

S O M M A R I O

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

DECRETI E DELIBERE DI ALTRE AUTORITÀ

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

PROVVEDIMENTO 23 marzo 2005.

Intesa, ai sensi dell'articolo 2-*nonies* della legge 26 maggio 2004, n. 138, di conversione in legge del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, sulle proposte di accordi collettivi nazionali per la medicina generale e per la specialistica convenzionata - Testo integrato Accordo collettivo nazionale per la medicina generale. (Rep. n. 2272).

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 23 marzo 2005:

Vista la legge 27 dicembre 2002, n. 289, che all'art. 52, comma 27, nel sostituire l'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 — ha istituito la Struttura interregionale sanitari convenzionati - SISAC, per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale — ha previsto che tale struttura, che rappresenta la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il personale sanitario a rapporto convenzionale, sia costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome — ha disposto che della delegazione facciano parte, limitatamente alle materie di rispettiva competenza, i rappresentanti dei Ministeri dell'economia e delle finanze, del lavoro e delle politiche sociali, e della salute, designati dai rispettivi Ministri — ha demandato ad un accordo in questa Conferenza la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva relativo ai predetti accordi, tenendo conto di quanto previsto dagli articoli 40, 41, 42, 46, 47, 48 e 49 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 — ha disposto, a tali fini, l'autorizzazione di una spesa annua, nel limite massimo di 2 milioni di euro, a decorrere dall'anno 2003;

Visto l'art. 2-*nonies* della legge 26 maggio 2004, n. 138, di conversione in legge del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, che dispone che il contratto del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantito sull'intero territorio nazionale da convenzioni conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati mediante il procedimento di contrattazione collettiva definito con l'accordo in questa Conferenza Stato-Regioni previsto dal citato art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni e che l'accordo nazionale è reso esecutivo con l'intesa sancita in questa Conferenza, con le modalità di cui all'art. 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Visto il proprio atto rep. n. 1805 del 25 luglio 2003, con il quale, in attuazione del citato art. 52, comma 27, della legge n. 289 del 2002, si è proceduto alla disciplina del procedimento di contrattazione collettiva in questione e che l'art. 5, analogamente a quanto dispone il citato art. 47 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, prevede:

al comma 5, che nel procedimento delle ipotesi di accordo in questione si debba acquisire l'intesa di questa Conferenza, chiamata ad esprimersi dopo la certificazione da parte della Corte dei conti, da rendere entro quindici giorni dall'invio, superati i quali il parere si intende positivamente reso, salvo la richiesta di acquisizione di ulteriori elementi di valutazione;

ai commi 6 e 7, che, ove la predetta certificazione non sia positiva, la Corte riferisca al Parlamento e che in ogni caso la procedura debba concludersi nei termini fissati dal comma 7 del citato decreto legislativo n. 165/2001 (quaranta giorni dall'ipotesi di accordo), decorsi i quali l'ipotesi di accordo è oggetto di intesa in questa Conferenza, salvo che non si renda necessaria la riapertura delle trattative;

Viste le proposte di accordi collettivi nazionali per la medicina generale e per la specialistica convenzionata, trasmessi dalla SISAC alla Corte dei conti e inviati a questa Conferenza dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome, con nota del 17 febbraio 2005, pervenuta il 21 febbraio 2005, al fine di acquisire l'intesa in oggetto di cui all'art. 2-*nonies*, comma 1, della legge 26 maggio 2004, n. 138, di conversione in legge del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, ed all'art. 5, punto 5) e seguenti, del citato accordo Stato regioni, rep. n. 1805 del 24 luglio 2003;

Considerato che la Corte dei conti, con nota del 3 marzo 2005, ha comunicato alla SISAC, e anche a questa Conferenza, la certificazione non positiva, nonché l'intendimento di voler acquisire ulteriori elementi di valutazione, per cui l'esame del punto, nella seduta della Conferenza tenutasi in pari data, è stato rinviato;

Vista la nota del 16 marzo 2005, con la quale la SISAC — ad integrazione della documentazione inviata il 17 febbraio 2005 — ha inoltrato alla Corte dei conti, informandone anche questa Conferenza, la ulteriore documentazione inerente gli aspetti in ordine ai quali la predetta Corte ha chiesto ulteriori elementi di valutazione;

Considerato che nel corso dell'odierna seduta le regioni e le province autonome hanno espresso il loro positivo avviso sulle due ipotesi di contratti in esame;

Considerato che il Ministero dell'economia e delle finanze, ha evidenziato che la copertura dei costi va a carico delle risorse disponibili delle regioni e che, considerato che parte dei costi si basa su incrementi delle aliquote contributive, ritiene opportuno dare corso celermente ad un tavolo di monitoraggio per valutare la necessità che le maggiori aliquote contributive per i medici di medicina generale, volte a garantire l'equilibrio dell'ENPAM, partano immediatamente o successivamente, secondo il livello di equilibrio della gestione del fondo;

Acquisito l'assenso delle amministrazioni centrali interessate e delle regioni e delle province autonome;

Sancisce intesa

sulle proposte di accordi collettivi nazionali, di cui in premessa.

Roma, 23 marzo 2005

Il Presidente: La Loggia

Il segretario: Carpino

IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENARALE AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI

In data 20 gennaio 2005 alle ore 10,30, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra

la **SISAC** nella persona del Coordinatore Dr. Luigi Covolo **FIRMATO**

E LE SEGUENTI ORGANIZZAZIONI SINDACALI:

FIMMG
Dr. Mario Falconi **FIRMATO**

SNAMI
Dr. Piergiuseppe Conti ____________________

FEDERAZIONE MEDICI
ADERENTE U.I.L. - F.P.L.
Dr. Armando Masucci **FIRMATO**

INTESA SINDACALE SIMET – SUMAI – CISL Medici

Dr. Giuseppe Garraffo **FIRMATO**

Dr. Roberto Lala **FIRMATO**

Dr. Mauro Mazzoni **FIRMATO**

FP CGIL MEDICI
Dr. Nicola Preiti **FIRMATO**

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive integrazioni e modificazioni.

Visto l'art.4, comma 9, legge 30 dicembre 1991 n. 412 e successive integrazioni e modificazioni.

Vista la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione della Repubblica Italiana.

Visto l'art. 52, comma 27, legge 27 dicembre 2002 n. 289 e successive integrazioni e modificazioni.

Visto il Piano Sanitario Nazionale 2003 - 2005 risultante dall'atto di intesa tra Stato e Conferenza unificata Regioni e Autonomie Locali approvato con decreto del Presidente della Repubblica del 23 maggio 2003.

Visto l'Accordo tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, il Ministero della Salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, avente ad oggetto las disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 52, comma 27 della legge 27 dicembre 2002 n. 289, del 24 luglio 2003.

Visto l'art. 2 nonies della legge 26 maggio 2004 n. 138.

Visto l'accordo Stato-Regioni nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 29 luglio 2004

Visto l'art. 1, comma 178 della legge 30 dicembre 2004 n. 311.

Al termine della riunione, le parti hanno sottoscritto l'allegato Accordo Collettivo Nazionale di Lavoro per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI DELL'ART. 8 DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI.

INDICE

Parte prima

Inquadramento generale

Parte seconda

Disciplina del rapporto convenzionale dei medici di medicina generale

Capo I

Principi generali

CAPO II

Assistenza primaria

CAPO V

L'emergenza sanitaria territoriale

ALLEGATI

PARTE PRIMA
INQUADRAMENTO GENERALE

ART. 1 – QUADRO DI RIFERIMENTO.

1. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (in seguito Regioni), le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative della medicina generale (in seguito Organizzazioni Sindacali) con il presente Accordo definiscono le condizioni per il rinnovo dell'Accordo Collettivo nazionale, come disposto dall'articolo 8 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni.
2. Il progressivo accentuarsi dei problemi inerenti alla sostenibilità economica del S.S.N. a fronte di crescenti esigenze di qualificazione dei servizi sanitari offerti, richiede una riprogettazione, seppur parziale, del sistema delle cure primarie, erogate da medici di medicina generale in collaborazione con altre figure professionali, con particolare attenzione alla valorizzazione dei servizi territoriali. Esiste la necessità di rispondere in modo adeguato, etico, deontologico e nuovo alla domanda crescente di salute, che va valutata e orientata, recuperando i valori e i principi della legge 23 dicembre 1978 n. 833, affermando l'esigenza di efficacia e appropriatezza della risposta sanitaria e sociale per un pieno utilizzo delle risorse del sistema a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del sistema socio – sanitario.
3. Il nuovo quadro istituzionale, con Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, che modifica il Titolo V della Costituzione, ha affidato piena potestà alle Regioni sul piano legislativo e regolamentare in materia di salute, fatte salve le competenze attribuite dalle norme allo Stato. Il rinnovo dell' Accordo Collettivo Nazionale deve riuscire a coniugare il nuovo quadro istituzionale con il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).
4. Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, approvato con il D.P.R. 23 maggio 2003, nel testo risultante dall'atto di intesa in sede di Conferenza Unificata Stato - Regioni - Città ed autonomie locali del 15 Aprile 2003, dopo 25 anni dall'entrata in vigore della Legge n. 833 del 1978, pone il problema di un ripensamento della organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, individuando il territorio quale punto di forza per la organizzazione della risposta sanitaria e della integrazione socio sanitaria e per il governo dei percorsi assistenziali, a garanzia dei livelli essenziali e della appropriatezza delle prestazioni.
5. Particolare attenzione va riservata alla tematica della tutela della salute dei soggetti fragili, del bambino, dell'adolescente, dell'anziano e dei soggetti affetti da patologie croniche degenerative, condizione che presuppone la definizione, in ambito territoriale, di percorsi, modalità di integrazione e interazione dei professionisti e uno stretto legame con le strutture sociali, evidenziando la peculiarità di esigenze e condizioni assistenziali.
6. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali, ribadiscono la validità del Servizio Sanitario Nazionale solidale, universale ed equo, quale organizzazione fondamentale per la tutela e la promozione della salute. Le innovazioni necessarie, devono puntare ad adeguare il sistema stesso a rispondere in modo appropriato ed integrato alla domanda di sanità dei cittadini. La convenzione con il singolo medico tutela e valorizza il rapporto fiduciario medico - paziente.
7. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali in relazione al quadro normativo vigente, riconoscono che il Sistema Sanitario Nazionale nel suo complesso garantisce la risposta ai bisogni di salute dei cittadini nel rispetto dei principi etici e ritengono improrogabile avviare una forte innovazione nella organizzazione e nella gestione del Sistema Sanitario attuando quanto indicato dal Piano Sanitario Nazionale in ordine al nuovo ruolo del territorio. È necessario, pertanto, pervenire ad un sistema di cure primarie integrato a partire dal primo intervento, riservando all'ospedale il ruolo proprio di azione per le patologie che necessitano di un ricovero.
8. Va costruita, a tal fine, un'organizzazione sanitaria integrata nel territorio capace di individuare e di intercettare, maggiormente ed ancor più efficacemente, il bisogno di salute dei cittadini, di dare le risposte appropriate e di organizzare opportunità di accesso ai servizi attraverso la costruzione dei percorsi assistenziali secondo modalità che assicurino tempestivamente al cittadino l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi territoriali e ospedalieri.

ART. 2 – LIVELLI DI CONTRATTAZIONE.

1. L'Accordo collettivo nazionale si caratterizza appieno quale momento organizzativo del sistema e strumento di garanzia per i cittadini e per gli operatori. Le novità normative introdotte nel quadro istituzionale, sono destinate a mutare in modo importante i contenuti dei tre livelli di negoziazione: nazionale, regionale, aziendale.

2. Il livello di negoziazione nazionale individua:
a) le garanzie per i cittadini;
b) il ruolo, il coinvolgimento nell'organizzazione e programmazione, le responsabilità, i criteri di verifica e le garanzie per il personale sanitario convenzionato;
c) i servizi erogati per assicurare i livelli essenziali di assistenza;
d) la compatibilità economica;
e) la responsabilità delle istituzioni (Regioni e Aziende) nei confronti della piena applicazione dell'Accordo collettivo nazionale

3. Il livello di negoziazione regionale definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale, integrando elencazione, incentivazione e remunerazione di compiti con il perseguimento di obiettivi e risultati.

4. Il livello negoziale aziendale definisce i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.

ART. 3 – NEGOZIAZIONE NAZIONALE.

Le Regioni e le Organizzazioni sindacali concordano, con la stesura del presente Accordo, che il livello di negoziazione nazionale, qui rappresentato, definisce:
a) natura, modalità e costituzione del rapporto di Convenzione;
b) incompatibilità;
c) requisiti per il mantenimento del rapporto di convenzione;
d) definizione del rapporto ottimale e dei massimali di scelta anche in relazione ai modelli associativi;
e) ridefinizione del ruolo, delle funzioni e dei compiti dei medici di medicina generale in relazione alla garanzia del livello essenziale di assistenza delle cure primarie, caratterizzando le attività e le prestazioni preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative dovute agli assistiti sia sani, sia con patologie acute e croniche, nei diversi ambiti assistenziali, nonché la promozione dei processi di presa in carico dell'utente a livello territoriale con la continuità dell'assistenza;
f) modalità e ambiti di esercizio della libera professione;
g) definizione delle modalità di applicazione degli aspetti sanzionatori e conseguenti criteri di valutazione delle violazioni e delle penalità conseguenti fino al venir meno del rapporto di convenzione;
h) avvio di un processo condiviso di determinazione di percorsi e linee guida per l'efficacia e l'appropriatezza, con il concorso dei soggetti istituzionali e delle parti sociali, al fine di garantire nell'ambito delle funzioni di continuità dell'assistenza e presa in carico, cittadini e operatori. I percorsi e le linee guida approvati e definiti verranno portati a conoscenza degli operatori e dei cittadini a cura delle Regioni;
i) area funzionale e giuridica dell'emergenza e della medicina dei servizi, favorendo la loro piena integrazione nell'area delle cure primarie;
j) criteri e modalità per la regolamentazione dell'accesso, in relazione alle normative vigenti;
k) criteri della rappresentatività sindacale nazionale, regionale ed aziendale;
l) funzioni ed obiettivi delle forme associative della medicina generale e dei loro elementi costitutivi fondamentali;
m) criteri generali nella gestione della formazione, nei suoi ambiti principali;
n) entrata in vigore e la durata dell'Accordo nazionale;
o) struttura del compenso;
p) cornice generale degli Accordi regionali, con la individuazione degli ambiti della contrattazione.

ART. 4 - NEGOZIAZIONE REGIONALE.

1. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali si impegnano a definire, entro e non oltre i sei mesi successivi all'entrata in vigore dell'Accordo collettivo nazionale, le intese regionali contemplate nel presente accordo per la definizione dei seguenti aspetti specifici:

a) le responsabilità nei rapporti convenzionali, in relazione agli obiettivi regionali, con le modalità previste dall'articolo precedente;
b) l'attuazione di quanto indicato dall'art. 6;
c) l'organizzazione della presa in carico degli utenti da parte dei medici con il supporto delle professionalità sanitarie e la realizzazione della continuità dell'assistenza 24 ore su 24 e 7 giorni su 7;
d) l'organizzazione dell'emergenza territoriale e della medicina dei servizi;
e) le modalità di realizzazione della appropriatezza delle cure, delle prescrizioni e dell'uso etico delle risorse, l'organizzazione degli strumenti di programmazione monitoraggio e controllo;
f) la modalità di partecipazione dei medici di medicina generale nella definizione degli obiettivi della programmazione, dei budget e della responsabilità nell'attuazione dei medesimi;
g) i criteri e le modalità nella organizzazione del sistema informativo fra operatori - strutture associate - Distretti - Aziende Sanitarie – Regione;
h) l'organizzazione della formazione di base, della formazione specifica, della formazione continua e dell'aggiornamento;
I) gli organismi di partecipazione e rappresentanza dei Medici di medicina generale a livello regionale;
J) l'attuazione dell'art. 8 comma 2, lettere b, c ed e

ART. 5 – OBIETTIVI DI CARATTERE GENERALE.

Le Regioni e le Organizzazioni sindacali, concordano la realizzazione di alcuni fondamentali obiettivi quali:

a) garantire su tutto il territorio nazionale da parte del sistema sanitario la erogazione ai cittadini dei livelli essenziali di assistenza (LEA);
b) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, nel concetto più ampio della presa in carico dell'utente. Dovranno essere definiti i compiti, le funzioni e le relazioni tra le figure convenzionate impegnate, partendo dalla valorizzazione dei servizi di continuità assistenziale e di emergenza territoriale;
c) realizzare un riequilibrio, fra ospedale e territorio con conseguente ridistribuzione delle risorse, sulla base della indicazione delle sedi e del livello più appropriato di erogazione delle prestazioni in ragione dell'efficienza, della efficacia, della economicità, degli aspetti etici e deontologici e del benessere dei cittadini;
d) favorire la assunzione condivisa di responsabilità, da parte dei medici e dei professionisti sanitari che operano nel territorio, nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico, sulla scorta di quanto definito nei diversi livelli della programmazione socio-sanitaria;
e) introdurre, con la programmazione regionale e aziendale, strumenti di gestione che garantiscano una reale funzione del territorio ed una concreta responsabilità dei medici e dei professionisti sanitari nelle scelte a garanzia degli obiettivi di salute;
f) promuovere la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione ed educazione e informazione sanitaria;
g) favorire lo sviluppo appropriato delle prestazioni erogabili sul territorio, unitamente ad una adeguata attività di qualificazione e aggiornamento professionale per l'insieme dei medici e dei professionisti sanitari che operano nel territorio;
h) favorire una integrazione fra politiche sanitarie e politiche sociali a partire dall'assistenza domiciliare in raccordo e sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;
i) favorire la presa in carico da parte del sistema di cure primarie degli assistibili, in particolare se fragili o non autosufficienti, attraverso l'attivazione di regimi assistenziali sostenibili e di livello appropriato quali quelli della domiciliarità e residenzialità, attivando tutte le risorse delle reti assistenziali.

ART. 6 – STRUMENTI.

1. Le Regioni e le Organizzazioni sindacali, per il perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria indicati nel presente Accordo, convengono sulla necessità di attuare una significativa riorganizzazione del servizio sanitario attraverso le seguenti scelte:

a) realizzazione in ambito distrettuale e territoriale di una rete integrata di servizi finalizzati all'erogazione delle cure primarie al fine di garantire la continuità dell'assistenza, la individuazione e la intercettazione della domanda di salute con la presa in carico dell'utente e il governo dei percorsi sanitari e sociali, in una rigorosa linea di appropriatezza degli interventi e di sostenibilità economica. Ciò consentirà al territorio, di soddisfare, nella misura massima possibile, la domanda di salute a partire dal primo intervento perseguendo anche l'obiettivo di ricondurre le liste di attesa entro tempi accettabili;
b) a tal fine convengono sulla necessità di costituzione di una organizzazione distrettuale e territoriale integrata per l'assistenza primaria con lo sviluppo della medicina associata prevedendo la sperimentazione, definita in sede regionale d'intesa con le oo.ss., di strutture operative complesse, organizzate dagli stessi professionisti e fondate sul lavoro di gruppo con sede unica, composte da medici di medicina generale (assistenza primaria e medici di continuità assistenziale) e pediatri di libera scelta, con la presenza di specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità sanitarie, in un quadro di unità programmatica e gestionale del territorio di ogni azienda sanitaria,in coerenza con l'intesa Stato - Regioni del 29.07.04;
c) la nuova organizzazione avrà come suo presupposto la piena valorizzazione ed integrazione di tutte le componenti all'interno del sistema. I medici e i professionisti sanitari operanti sul territorio nelle cure primarie avranno, sulla base di quanto definiranno le Regioni, un ruolo di partecipazione diretta nella definizione dei modelli organizzativi, nella individuazione dei meccanismi di programmazione e controllo e nella definizione degli obiettivi di budget;
d) in proposito dovrà essere garantita la presenza delle strutture organizzative territoriali nell'ambito delle forme partecipative, previste dall'atto aziendale;
e) questa riorganizzazione avrà come proprio fondamento l'informatizzazione del sistema, secondo standard condivisi definiti a livello nazionale e regionale, che dovrà coinvolgere tutti i soggetti operanti nel territorio, per una ottimale interrelazione fra professionisti sanitari, strutture organizzative territoriali, distretti, ospedali ed altri poli della rete integrata socio-sanitaria;
f) le Regioni e le Organizzazioni sindacali, concordano sulla esigenza che sia perseguito, anche tramite gli accordi regionali, un adeguato percorso formativo nella fase di formazione pre-laurea e pre-abilitazione, della formazione specifica, e della formazione continua;
g) dovranno essere definiti anche percorsi formativi comuni tra medici e professionisti sanitari che operano nel territorio e medici e professionisti sanitari che operano in ospedale. Tali percorsi dovranno essere mirati all'acquisizione di strategie comuni finalizzate all'ottimizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici dell'assistito e la loro appropriatezza, anche con il coinvolgimento delle società scientifiche.

ART. 7 – RUOLO E PARTECIPAZIONE DELLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI.

1. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali, ferma restando la natura convenzionale del rapporto per singolo professionista, concordano che la maggiore partecipazione alle scelte di programmazione e gestione, dei medici di medicina generale operanti nel territorio comporta un equivalente e contemporaneo aumento di responsabilità nel governo clinico, con particolare riferimento alla garanzia dei livelli di prestazione e la gestione dei budget concordati a livello di territorio.

2. La mancata adesione agli obiettivi e percorsi concordati, diventa motivo per la verifica del rapporto di convenzione fino alla revoca, secondo quanto previsto dai rispettivi articolati di settore.

ART. 8 – STRUTTURA DEL COMPENSO.

1. Le Regioni e le Organizzazioni sindacali, preso atto degli indirizzi del governo in materia di rinnovo di convenzioni e contratti nella pubblica amministrazione (d.lgs. 30 marzo 2001 n.165), convengono sulla necessità che il compenso dei medici di medicina generale, sia sintonizzato con il perseguimento degli obiettivi di salute programmati, con un adeguato equilibrio fra la parte del compenso legata ad automatismi e quella legata agli obiettivi e alle prestazioni definite dalle programmazioni regionali e aziendali.

2. Concorrono alla costituzione del compenso dei medici di cui al presente Accordo:
a) quota capitaria ponderata per assistito e/o quote orarie;
b) incentivi di struttura, di processo, di livello erogativo, di partecipazione agli obiettivi e al governo della compatibilità, nonché incentivi legati al raggiungimento degli obiettivi di qualificazione e appropriatezza;
c) quota per servizi e prestazioni aggiuntive, per medico singolo o per gruppi, calcolata in base al tipo ed ai volumi di prestazione;
d) aumento previsto per rinnovo nella misura di cui al successivo articolo 9;
e) incentivi legati al trasferimento di risorse alla luce del perseguimento del riequilibrio di prestazioni e ospedale - territorio derivanti da azioni e modalità innovative dei livelli assistenziali per l'assistenza primaria.

3. Nel rispetto di quanto indicato ai commi 1 e 2, le Regioni e le Organizzazioni sindacali concordano di determinare l'entità del compenso per assistibile pesato definendone caratteristiche e tipologie secondo i seguenti criteri:
A. Le quote b) e c) del comma 2 potranno contenere fino al 30% del totale degli attuali compensi e saranno finalizzate alle attività e agli obiettivi di livello regionale. Queste quote saranno ulteriormente integrate con le risorse eventualmente derivate dalle fattispecie di cui al precedente punto e).
La quota a) del comma 2 potrà rappresentare un livello percentuale del totale degli attuali compensi inversamente corrispondente a quello di cui alla precedente lettera A.
B. Gli aumenti per i rinnovi contrattuali, calcolati sul monte compensi 2000 per competenza, vanno ad incrementare le quote del compenso di cui alle lettere a), b) e c) del comma 2.

4. Sono comunque garantiti gli effetti degli Accordi regionali vigenti fino alla loro scadenza, conformemente alle determinazioni previste negli stessi.

ART. 9 – AUMENTI CONTRATTUALI.

1. Le Regioni e le Organizzazioni sindacali, preso atto delle disposizioni finanziarie assunte dal Governo in materia, fissano un aumento, per medici di medicina generale a quota capitaria e a quota oraria (assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza saniataria territoriale, medicina dei servizi), da erogarsi al lordo di ogni ritenuta o contribuzione e distribuite come indicato nel modo che segue:

A) Medici di Assistenza Primaria

TABELLA A – Arretrati 2001 - 2002 - 2003

Anno	€/anno per assistito
arretrati 2001	0,964
arretrati 2002	0,964
arretrati 2003	1,355

TABELLA B - Aumenti 2004 - 2005

Decorrenza	quota capitaria
dal 1.1.2004	4,06
dal 31.12.2004	1,10
dal 31.12.2005	1,00
Totale	6,16

Le risorse di cui alla tabella B sono distribuite nella quota fissa e nella quota variabile nel modo che segue:

TABELLA C - Distribuzione delle risorse della quota capitaria nella quota fissa e nella quota variabile

Decorrenza	quota fissa	quota variabile
dal 1.1.2004	2,03	2,03
dal 31.12.2004	0,55	0,55
dal 31.12.2005	0,50	0,50
Totale	3,08	3,08

B) Medici di continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi

TABELLA D - Arretrati 2001 - 2002 - 2003 per medici a quota oraria

Settore	arretrati per € per ora 2001	arretrati per € per ora 2002	Arretrati per € per ora 2003
Medici Continuità Assistenziale	0,311	0,311	0,437
Medici Emergenza Territoriale	0,311	0,311	0,437
Medici della Medicina dei Servizi	0,480	0,480	0,675

TABELLA E - Aumenti 2004 - 2005 per medici a quota oraria

Settore	Aumento orario dal 1.1.2004	Aumento orario dal 31.12.2004	Aumento orario dal 31.12.2005
Medici Continuità Assistenziale	1,61*	0,49*	0,44*
Medici Emergenza Territoriale	1,61*	0,49*	0,44*
Medici della Medicina dei Servizi	1,81**	0,49**	0,44**

* Depurato dell'aumento dell'imponibile Enpam corrispondente a tutte le voci
**Aumento orario sul compenso percepito dal singolo medico al momento dell'entrata in vigore del presente Accordo

ART. 10 – DISPOSIZIONE CONTRATTUALE DI GARANZIA – OSSERVATORIO.

1. Le Regioni e le Organizzazioni sindacali, a garanzia dell'attuazione di quanto previsto dall'art. 4, comma 1, del presente Accordo, si impegnano ad applicare in caso di inadempienza anche di una delle parti, la procedura di garanzia di cui ai commi 2 e 3.

2. Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo la SISAC verifica lo stato di avanzamento degli Accordi in ciascuna Regione, accordando eventualmente ulteriori tre mesi di tempo per la conclusione della trattativa, trascorsi i quali si fa inderogabilmente riferimento a quanto previsto dal comma 3.

3. La SISAC, entro 15 giorni, convoca le organizzazioni sindacali nazionali e, valutato lo stato di inadempienza, può procedere, entro 30 giorni, alla convocazione delle parti regionali interessate al fine di pervenire ad un accordo, da stipularsi entro i successivi 60 giorni. In caso di impossibilità a raggiungere tale risultato, la SISAC e le Organizzazioni sindacali nazionali proporranno, entro i successivi 60 giorni, una soluzione sostitutiva all'accordo regionale da sottoporre alla approvazione della Conferenza Stato - Regioni e Province autonome a valere per la Regione, e valida fino alla stipula dell'Accordo regionale.

4. Al fine di acquisire le necessarie conoscenze in ordine all'andamento di attuazione degli accordi regionali ed aziendali, nonché all'esigenza di monitorare i relativi dati economici e di attuazione di particolari e definiti istituti contrattuali, è istituito, entro 120 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo, l'osservatorio consultivo permanente nazionale presso la SISAC, con la partecipazione delle organizzaizioni sindacali, la cui composizione ed i relativi compiti saranno definiti con successivo accordo tra le parti.

ART. 11 – ENTRATA IN VIGORE E DURATA DELL'ACCORDO.

1. Il presente Accordo entra in vigore dalla data di assunzione del relativo provvedimento da parte della Conferenza Stato-Regioni, scade il 31 dicembre 2005 e rimane in vigore fino alla stipula del successivo Accordo.

PARTE SECONDA
DISCIPLINA DEL RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

ART. 12 – PREMESSA.

1. Le novità introdotte, nell'ordinamento costituzionale e nelle procedure di contrattazione con la legge 27 dicembre 2002 n. 289, comportano una nuova e più funzionale strutturazione del rapporto convenzionale in particolare negli articolati di settore. E' necessario cioè coordinare e rendere sequenziale la normativa di ogni specifica categoria con gli obiettivi e i contenuti generali e comuni a tutte le categorie che operano nel territorio sia pure con la necessaria gradualità. La stesura dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale è finalizzata ad attrezzare meglio il rapporto Regioni - Categorie Mediche che operano nel territorio, con l'obiettivo di avviare un processo di innovazione in grado di rispondere in modo più adeguato alle esigenze dei cittadini, a rivalutare il ruolo degli operatori e consolidare in modo significativo il ruolo del Servizio Sanitario Nazionale nel nostro Paese.

2. Nel presente Accordo si riconosce la caratterizzazione della Medicina Generale italiana secondo i principi espressi dalla Definizione Europea di Medicina Generale/di Famiglia data da WONCA Europa (la sezione europea dell'associazione mondiale dei medici di famiglia) nel 2002. Il valore di tale Definizione si colloca nell'ambito culturale, scientifico, professionale e della formazione specifica, ed è finalizzato alla necessità di riconoscere alla Medicina Generale italiana ruolo, identità e responsabilità che ne favoriscano una ulteriore crescita qualitativa e uno sviluppo coerente con la comunità scientifico-professionale europea alla quale appartiene. Pertanto i medici di medicina generale sono specialisti formati ai principi della disciplina, sulla base delle caratteristiche di seguito elencate che ne definiscono le peculiarità professionali:

a) la medicina generale è normalmente il luogo di primo contatto medico all'interno del sistema sanitario, fornisce un accesso diretto ed illimitato ai suoi utenti, si occupa di tutti i problemi di salute, indipendentemente da età, sesso, e ogni altra caratteristica della persona;
b) fa un utilizzo efficiente delle risorse sanitarie attraverso il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie, agendo da interfaccia con altre specialità ed assumendo, se necessario, il ruolo di difensore dell'interesse dei pazienti;
c) sviluppa un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla sua comunità;
d) si basa su un processo di consultazione unico fondato sulla costruzione di una relazione protratta nel tempo attraverso una efficace comunicazione tra medico e paziente;
e) ha il compito di erogare cure longitudinali e continue a seconda dei bisogni del paziente;
f) prevede uno specifico processo decisionale determinato dalla prevalenza e incidenza delle malattie in quella precisa comunità;
g) gestisce contemporaneamente i problemi di salute sia acuti che cronici dei singoli pazienti;
h) si occupa di malesseri che si presentano in modo aspecifico e ad uno stadio iniziale del loro sviluppo e che potrebbero richiedere un intervento urgente;
i) promuove la salute ed il benessere con interventi appropriati ed efficaci;
j) ha una responsabilità specifica della salute della comunità;
k) si occupa dei problemi di salute nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale.

CAPO I

PRINCIPI GENERALI

ART. 13 - CAMPO DI APPLICAZIONE.

1. Il presente Accordo Collettivo Nazionale regola, ai sensi dell'art. 8, comma 1, del D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni e sulla base delle determinazioni regionali in materia, il rapporto di lavoro autonomo convenzionato per l'esercizio delle attività professionali, tra i medici di medicina generale e le Aziende sanitarie locali, per lo svolgimento, nell'ambito del SSN e le sue articolazioni, dei compiti e delle attività relativi ai settori di:

a) assistenza primaria;
b) continuità assistenziale;
c) medicina dei servizi territoriali;
d) emergenza sanitaria territoriale.

ART. 14 – CONTENUTI DEMANDATI ALLA NEGOZIAZIONE REGIONALE.

1. Gli Accordi Regionali di cui all'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni realizzano i livelli assistenziali aggiuntivi previsti dalla programmazione delle Regioni rispetto a quelli dell'Accordo Collettivo Nazionale e coerenti con i livelli essenziali e uniformi di assistenza.

2. In armonia con quanto definito all'art. 4, al fine di cogliere ogni specificità e novità a livello locale sul piano organizzativo, e consentire al contempo il conseguimento di uniformi livelli essenziali di assistenza in tutto il territorio nazionale, sono demandati alla trattativa regionale, sulla base degli indirizzi generali individuati nel presente Accordo, oltre agli specifici singoli richiami, i seguenti articoli ed Allegati ai fini della loro riorganizzazione e definizione:
   Capo I: Art. 23 - Comitato aziendale
   Art. 24 - Comitato Regionale;
   Art. 25 – Programmazione e monitoraggio delle attività;
   Art. 26 - Equipes territoriali;
   Art. 27 – Appropriatezza delle Cure e dell'uso delle risorse;
   Art. 32 – Assistenza ai turisti
   Capo II: Art. 34 - Copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria;
   Art. 35 - Instaurazione del rapporto convenzionale;
   Art. 37 - Sostituzioni;
   Art. 38 - Incarichi provvisori;
   Art. 40 – Scelta del medico;
   Art. 44 – Elenchi nominativi e variazioni mensili;
   Art. 46 – Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza;
   Art. 53 – Assistenza domiciliare programmata;
   Art. 54 – Forme associative dell'assistenza primaria;
   Capo III: Art. 70 – Sostituzioni ed incarichi provvisori;
   Art. 71 – Organizzazione della reperibilità;
   Capo IV Art. 78 – Compiti e doveri del medico – Libera professione.
   Capo V: Art. 92 - Individuazione e attribuzione degli incarichi
   Art. 93 – Massimale Orario
   Art. 95 – Compiti del Medico – Libera Professione
   Art. 97 – Sostituzioni, Incarichi Provvisori – Reperibilità
   Allegato: G - Assistenza domiciliare programmata.
   Allegato: H - Assistenza domiciliare integrata.

3. Gli Accordi regionali, definiscono i compiti e le attività svolte dai medici di medicina generale:
   a) in forma aggiuntiva rispetto a quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale;
   b) in forma associativa complessa e integrata;
   c) per il rispetto di livelli di spesa programmati.

4. Gli accordi regionali possono prevedere:
   - A) l'erogazione di prestazioni aggiuntive, anche tese ad una migliore integrazione tra interventi sanitari e sociali, per:
     a) interventi sanitari relativi all'età anziana, a domicilio, nelle residenze sanitarie assistite e nelle collettività;
     b) assistenza sanitaria ai tossicodipendenti, ai malati di AIDS, ai malati mentali;
     c) processi assistenziali riguardanti patologie sociali;
     d) assistenza domiciliare ai pazienti oncologici in fase terminale;
     e) sperimentazione di iniziative di telemedicina;
     f) partecipazione alle iniziative sanitarie di carattere nazionale o regionale;
     g) prestazioni aggiuntive ulteriori rispetto a quelle previste dall'accordo nazionale all'allegato D), parte "A" e "B".

- B) linee guida di priorità in merito a:
  - a) iniziative di educazione sanitaria e promozione della salute nei confronti di singoli soggetti o gruppi di popolazione;
  - b) attività di prevenzione individuale e su gruppi di popolazione, in particolare contro i rischi oncologici metabolici e cardiovascolari, anche mediante richiamo periodico delle persone sane.
- C) lo svolgimento delle seguenti attività:
  - a) partecipazione a procedure di verifica della qualità;
  - b) svolgimento di attività di ricerca epidemiologica;
  - c) attivazione di un sistema informativo integrato tra medici di medicina generale, presidi delle Aziende ed eventuali banche dati, per il collegamento degli studi professionali con i centri unificati di prenotazione e lo sviluppo di scambi telematici di informazioni sanitarie (medico generale – specialista – servizi ospedalieri);
  - d) fornitura di flussi informativi, a fini epidemiologici, di valutazione della qualità delle prestazioni e dei relativi costi.

5. Gli accordi regionali disciplinano, in via esclusiva, la sperimentazione di ulteriori forme associative oltre a quelle previste dall'articolo 54, tra medici di medicina generale convenzionati ai sensi del presente Accordo. Tra le forme associative sperimentabili negli Accordi regionali, particolare rilievo assumono le associazioni integrate e complesse che prefigurino la presenza al proprio interno di differenti figure professionali mediche e non, con elementi di elevata integrazione dell'assistenza ambulatoriale o che realizzino livelli assistenziali, anche del tipo di ricovero residenziale e semi residenziale che possano costituire alternativa al ricovero in strutture ospedaliere.
   La sperimentazione delle forme associative è finalizzata anche ad utilizzare l'attività di altri operatori sanitari da parte dell'associazione per erogare prestazioni ulteriori, rispetto a quelle fornite dal medico di medicina generale, in particolare:
   a) assistenza specialistica di base;
   b) prestazioni diagnostiche;
   c) assistenza infermieristica e riabilitativa, ambulatoriale e domiciliare;
   d) assistenza sociale, integrata alle prestazioni sanitarie ove consentita in base alle norme regionali.
6. Gli accordi regionali prevedono, ai sensi dell'art. 8, lett. f, del D.l.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, la disciplina dei rapporti tra Regione, Aziende e medici di medicina generale per il rispetto dei livelli di spesa programmati.
   I Livelli di Spesa Programmati sono sempre correlati a specifici obiettivi e programmi di attività mirati a perseguire l'appropriatezza e la razionalizzazione dell'impiego delle risorse.
   Il rispetto dei livelli di spesa programmati è correlato, secondo il disposto del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, a specifici incentivi che devono essere previsti nel progetto relativo.
7. Gli accordi regionali disciplinano la forma, le modalità di erogazione e l'ammontare dei compensi, che sono corrisposti, in rapporto al tipo di attività svolta dal medico convenzionato, anche in forma associata.
   Nelle forme integrate di erogazione dell'attività professionale può essere prevista la fornitura di personale, locali e attrezzature, di cui si tiene conto nella determinazione del compenso di cui alla alinea precedente.
   Anche ai fini della ristrutturazione del compenso del medico, le parti possono concordare l'attuazione di sperimentazioni gestionali basate sull'assegnazione a gruppi di medici di budget virtuali o reali.
8. Gli accordi regionali disciplinano anche la materia della contrattazione aziendale, definendo le linee guida degli accordi decentrati aziendali, al fine di armonizzare la contrattazione periferica agli obiettivi generali della programmazione regionale.
9. Nell'ambito degli accordi regionali possono essere definiti parametri di valutazione di particolari e specifiche condizioni di disagio e difficoltà di espletamento dell'attività convenzionale.

ART. 15 – GRADUATORIA REGIONALE.

1. I medici da incaricare per l'espletamento delle attività di settore disciplinate dal presente accordo sono tratti da graduatorie per titoli, una per ciascuna delle attività di cui all'art. 13 (graduatorie di settore), predisposte annualmente a livello regionale, a cura del competente Assessorato alla Sanità. Le Regioni possono adottare, nel rispetto delle norme di cui al presente Accordo, procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari alla formazione delle graduatorie. Gli Accordi regionali possono inoltre prevedere la formulazione di una graduatoria unica regionale per tutte le attività disciplinate dal presente Accordo. Le graduatorie hanno validità di un anno a partire dal 1 gennaio dell'anno al quale sono riferite, decadono il 31 dicembre dello stesso anno, e sono utilizzate comunque per la copertura degli incarichi rilevati come vacanti nel corso dell'anno di validità delle graduatorie di settore medesime. La domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale viene presentata una sola volta, ed è valida fino a revoca da parte del medico, mentre annualmente vengono presentate domande integrative dei titoli, aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente allegati, sulla base dell'Allegato A1 del presente Accordo. Annualmente, sulla base delle domande presentate e delle domande integrative, viene predisposta la graduatoria regionale relativa all'anno in corso, con modalità operative definite nell'ambito degli accordi regionali.

2. Il rapporto di lavoro di cui al presente Accordo può essere instaurato da parte delle aziende solo con i medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dai decreti legislativi 8 agosto 1991, n. 256, 17 agosto 1999 n. 368 e 8 luglio 2003 n. 277.

3. I medici che aspirano all'iscrizione nelle graduatorie di cui al comma 1, devono possedere i seguenti requisiti alla scadenza del termine per la presentazione delle domande:
a) iscrizione all'albo professionale;
b) essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dai decreti legislativi 8 agosto 1991, n. 256, 17 agosto 1999 n. 368 e 8 luglio 2003 n. 277.

4. Ai fini dell'inclusione nella relativa graduatoria annuale di settore i medici devono presentare o inviare, con plico raccomandato entro il termine del 31 gennaio, all'Assessorato alla sanità della Regione o ad altro soggetto individuato dalla Regione, in cui intendono prestare la loro attività, una domanda unica conforme allo schema allegato sub lettera A), corredata dalla documentazione atta a provare il possesso dei requisiti e dei titoli dichiarati o dall'autocertificazione e dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente. La domanda è unica ed in essa è indicata la richiesta di inclusione da parte del medico in una o più graduatorie di settore.

5. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati solo i titoli accademici e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

6. Il medico che sia già stato iscritto nella graduatoria regionale di settore dell'anno precedente deve presentare, per l'anno in corso, con la domanda integrativa di cui all'Allegato A1, l'autocertificazione della iscrizione all'albo professionale e la documentazione probatoria degli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno nonché di eventuali titoli non presentati per la precedente graduatoria.

7. La domanda deve essere in regola con le vigenti norme di legge in materia di imposta di bollo.

8. L'amministrazione regionale, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui al successivo art. 16, predispone una graduatoria regionale di settore per ciascuna delle attività disciplinate dal presente Accordo e indicate all'art. 13, da valere per l'anno solare successivo, specificando, a fianco di ciascun nominativo, il punteggio conseguito, la residenza ed evidenziando l'eventuale possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui ai decreti legislativi 8 agosto 1991, n. 256, 17 agosto 1999 n. 368 e 8 luglio 2003 n. 277

9. La graduatoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul Bollettino Ufficiale della Regione ed entro 30 giorni dalla pubblicazione i medici interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla sanità istanza di riesame della loro posizione in graduatoria.

10. Le graduatorie regionali di settore sono approvate e pubblicate sul Bollettino Ufficiale della Regione in via definitiva entro il 31 dicembre dall'Assessorato regionale alla sanità.

11. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più delle attività di cui al presente Accordo non possono fare domanda di inserimento nella relativa graduatoria di settore, e, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

12. Le Aziende Sanitarie Locali, sulla base di apposite determinazioni previste dagli Accordi Regionali che modifichino le procedure previste dal presente Accordo in materia di attribuzione degli incarichi provvisori, possono predisporre graduatorie per la disponibilità alla copertura degli incarichi vacanti da parte dei medici inscriti nella graduatoria regionale di settore relativa o, in carenza, ove necessario, da parte dei medici in possesso dei requisiti previsti dal presente articolo.

ART. 16 - TITOLI PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE.

1. I titoli valutabili ai fini della formazione delle graduatorie sono elencati qui di seguito con l'indicazione del punteggio attribuito a ciascuno di essi:

I - Titoli accademici e di studio:
a) diploma di laurea conseguito con voto 110/110 e 110/110 e lode o 100/100 e 100/100 e lode: p. 1,00
b) diploma di laurea conseguito con voti da 105/110 a 109/110 o da 95/100 a 99/100: p. 0,50
c) diploma di laurea conseguito con voti da 100/110 a 104/110 o da 90/100 a 94/100: p. 0,30
d) specializzazione o libera docenza in medicina generale o discipline equipollenti ai sensi delle vigenti disposizioni: per ciascuna specializzazione o libera docenza: p. 2,00
e) specializzazione o libera docenza in discipline affini a quella di medicina generale ai sensi delle vigenti disposizioni: per ciascuna specializzazione o libera docenza: p. 0,50
f) attestato di formazione in medicina generale di cui all'art.1, comma 2, e all'art. 2, comma 2, del D.L.vo n. 256/91 e delle corrispondenti norme del D.L.vo n. 368/99, e di cui al D.L.vo n. 277/2003. : p. 7,20

II - Titoli di servizio
a) attività, sia a tempo indeterminato che determinato, di medico di assistenza primaria convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge 833/78 e dell'art. 8, comma 1, del D.L.vo n. 502/92 compresa quella svolta in qualità di associato: per ciascun mese complessivo: p. 0,20
Il punteggio è elevato a 0,30 per l'attività nell'ambito della Regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento;

b) attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato con il S.S.N. solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (le sostituzioni dovute ad attività sindacale del titolare sono valutate anche se di durata inferiore a 5 giorni). Le sostituzioni effettuate su base oraria ai sensi dell'art. 37 sono valutate con gli stessi criteri di cui alla lettera c): per ciascun mese complessivo: p. 0,20

c) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale in forma attiva: per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività. (Per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'accordo nazionale relativo al settore): p. 0,20

c1) servizio effettivo con incarico a tempo determinato e indeterminato nella emergenza sanitaria territoriale: per ogni mese di attività . p. 0,20

c2) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o determinato o di sostituzione nella medicina dei servizi: per ogni mese di attività ragguagliato a 96 ore di attività: p. 0,20

c3) servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore: p. 0,10

d) attività programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale, o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità, ai sensi del presente accordo: per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività: p. 0,05

e) attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: per ciascun mese complessivo: p. 0,20

f) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina: per ciascun mese: p. 0,10
Tale punteggio è elevato a 0,20/mese se il servizio militare di leva è svolto in concomitanza di incarico conferito dalla Azienda ai sensi del presente Accordo e, comunque, solo per il periodo concomitante con tale incarico

g) servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina: per ciascun mese: p. 0,10
Tale punteggio è elevato a 0,20/mese se il servizio civile è svolto in concomitanza di incarico conferito dalla Azienda ai sensi del presente Accordo e, comunque, solo per il periodo concomitante con tale incarico.

h) attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi: per ciascun mese complessivo: p. 0,10

i) medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della sanità per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti: per ciascun mese: p. 0,05

l) Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione, e di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo per ogni mese di attività: p. 0,20

m) servizio prestato presso aziende termali, (con le modalità di cui all'art 8 della Legge 24 ottobre 2000 n.323), equiparato all'attività di continuità assistenziale, per ogni mese complessivo di attività: p. 0,20

n) servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza territoriale, svolto in paesi dell'Unione Europea, ai sensi della legge 9 febbraio 1979 n.38, della legge 10 luglio 1960 n. 735 e successive modificazioni ed integrazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988 n.430: per ciascun mese complessivo p. 0,20

2. Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio tutte le frazioni di mese dell'anno sono sommate. L'eventuale residuo pari ad una frazione superiore a 15 giorni è valutato come mese intero. I residui non valutati sono sommati alle integrazioni dei titoli di servizio eventualmente presentati negli anni successivi.

3. Relativamente al servizio di ex guardia medica e continuità assistenziale, alla medicina dei servizi e alla emergenza sanitaria territoriale, per frazione di mese da valutare come mese intero si intende un numero complessivo di ore di attività superiore a 48. I residui non valutati sono sommati alle integrazioni dei titoli di servizio eventualmente presentati negli anni successivi.

4. I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo. In tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto. Le attività di servizio eventualmente svolte durante i periodi formativi non sono valutabili.

5. A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e, infine l'anzianità di laurea.

6. Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dal presente articolo.

7. Per l'assegnazione a tempo indeterminato degli incarichi vacanti di assistenza primaria e di continuità assistenziale rilevati, secondo le procedure di cui al presente Accordo, le Regioni, fatto salvo il disposto di cui all'art. 34, comma 2, lettera a), e dell'art. 63, comma 2, lettera a), riservano nel proprio ambito, sulla base degli Accordi regionali:

a) una percentuale variabile dal 60% al 80 % a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2, e all'art. 2, comma 2, del D.L.vo n. 256/91 e delle norme corrispondenti di cui al D.L.vo n. 368/99 e di cui al D.L.vo n. 277/2003;
b) una percentuale variabile dal 40 % al 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente, in corrispondenza alla percentuale di cui alla lettera a).

8. Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande di incarico, ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria e di continuità assistenziale spettanti ad una delle due riserve di aspiranti, gli stessi vengono assegnati all'altra riserva di aspiranti.

9. Gli aspiranti alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti e degli incarichi vacanti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di assegnazione di cui al comma 7, fatto salvo il disposto di cui al precedente comma 8.

10. Ai fini del disposto del precedente comma 9, gli aspiranti alla assegnazione degli incarichi vacanti o degli ambiti territoriali carenti dichiarano, all'atto della relativa domanda, la riserva per la quale intendono concorrere.

11. I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva di cui al comma 7 sono approssimati alla unità più vicina. In caso di quoziente frazionale pari per entrambe le riserve, il relativo posto viene assegnato alla riserva più bassa.

ART. 17 – INCOMPATIBILITÀ.

1. Ai sensi dell'art. 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, è incompatibile con lo svolgimento delle attività previste dal presente accordo il medico che:

a) sia titolare di qualsiasi rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, anche precario, a eccezione dei medici di cui all'art. 6, comma 1, del D.L. 14 giugno 1993, n. 187, convertito con modifiche nella legge 12 agosto 1993, n. 296;
b) eserciti attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale o sia titolare o compartecipe di quote di imprese che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
c) svolga attività di medico specialista ambulatoriale accreditato;
d) sia iscritto negli elenchi dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati;
e) sia iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta, convenzionati ai sensi dell'art.8, comma 1, D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

2. È, inoltre, incompatibile il medico che:

a) svolga funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale di scelta o di attività oraria, fatti salvi gli incarichi di medicina dei servizi territoriali. Nell'ambito degli Accordi regionali sono definiti limiti e deroghe al disposto di cui alla presente lettera;
b) fruisca del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
c) operi, a qualsiasi titolo, salvo diversi accordi regionali, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private convenzionate; tale incompatibilità opera nei confronti dei medici che svolgono attività presso gli stabilimenti termali ma solo nei confronti dei propri assistiti, e determina le conseguenti limitazioni del massimale;
d) intrattenga con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8-quinquies, D.L.vo n. 502/92 e sue successive modificazioni e integrazioni;
e) sia iscritto al corso di formazione in medicina generale o corsi di specializzazione di cui ai D.L.vi n. 256/91, n. 257/91, n. 368/99 e n. 277/03, fatto salvo quanto previsto dalle norme vigenti in materia;
f) fruisca di trattamento di quiescenza relativo ad attività convenzionate e dipendenti del SSN, fatta esclusione per i medici già titolari di convenzione per la medicina generale all'atto del pensionamento. Tale incompatibilità non opera inoltre nei confronti dei medici che si trovavano in tale condizione alla data di pubblicazione del DPR 270/2000, di quelli previsti al comma 8 dell'art. 39 del presente Accordo, e di quelli che fruiscono del trattamento di quiescenza del solo fondo generale dell'Enpam.

3. Il medico che, anche se a tempo limitato, svolga funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D.L.vo n. 626/94, fermo quanto previsto dall'art. 39 in tema di limitazione di massimale, non può acquisire nuove scelte dei dipendenti delle aziende per le quali opera o dei loro familiari anagraficamente conviventi.

4. Non è consentito ai medici convenzionati ai sensi del presente Accordo di detenere più di due rapporti convenzionali tra quelli da esso previsti. Gli incarichi a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale sono incompatibili con tutti gli altri rapporti convenzionali di cui al presente Accordo.

5. L'accertata e contestata situazione di incompatibilità previste dal presente articolo comporta, sulla base delle procedure di cui all'art. 30, la cessazione del rapporto convenzionale.

6. La Azienda dispone, mediante i propri servizi ispettivi, i controlli idonei ad accertare la sussistenza delle situazioni di incompatibilità, anche in corrispondenza della comunicazione del medico relative al proprio status convenzionale.

7. L'accertata situazione di incompatibilità deve essere contestata al medico, ai sensi di quanto disposto dall'art. 30.

8. La eventuale situazione di incompatibilità a carico del medico incluso nella graduatoria regionale di cui all'articolo 15, deve cessare all'atto dell'assegnazione del relativo ambito territoriale carente o incarico vacante.

ART. 18 - SOSPENSIONE DEL RAPPORTO E DELL'ATTIVITÀ CONVENZIONALE.

1. Il medico deve essere sospeso dagli incarichi della medicina generale:
   a) in esecuzione dei provvedimenti sospensivi di cui all'articolo 30;
   b) per sospensione dall'albo professionale. In materia si applicano le disposizioni di cui all'art. 9, comma 3, della legge 23 aprile 1981, n. 154;
   c) per tutta la durata del servizio militare o servizio civile sostitutivo, nonché nei casi di servizio prestato all'estero per tutta la durata dello stesso, ai sensi della legge 9 febbraio 1979, n. 38;
   d) in caso di emissione, da parte della Autorità Giudiziaria, di provvedimenti restrittivi della libertà personale, quali arresti domiciliari, custodia cautelare in carcere o luogo di cura, divieto di dimora nel territorio dell'ambito territoriale di attività convenzionale o nel territorio dell'Azienda, che impediscano il corretto svolgimento dell'attività convenzionata di studio e domiciliare;

2. Il medico è sospeso dalle attività di medicina generale:
   a) in caso di malattia o infortunio non occorsi nello svolgimento delle attività professionali convenzionate, per la durata massima di tre anni nell'arco di cinque;
   b) nel caso di attribuzione e accettazione da parte del medico di incarico di Direttore di Distretto o di altri incarichi organizzativi o di dirigenza nel Distretto o nell'ambito delle altre strutture organizzative e gestionali del Servizio Sanitario Nazionale o Regionale, anche ai sensi del disposto dell'articolo 8, comma 1, lettera m) del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, per tutta la durata dell'incarico e fino alla cessazione dello stesso. Nel caso di incarico a tempo parziale, la sospensione è anch'essa a tempo parziale.
   c) per la durata complessiva della inabilità temporanea totale, in caso di infortunio o malattia occorsi nello svolgimento della propria attività professionale;
   d) per inabilità temporanea o permanente che derivi da causa di servizio, per la durata massima di tre anni nell'arco di cinque.
   e) partecipazione ad iniziative aventi carattere umanitario e di solidarietà sociale aventi carattere istituzionale e che siano preventivamente autorizzati dall'Azienda.
   f) per motivi di studio relativi a partecipazione a corsi di formazione diversi da quelli obbligatori di cui all'art. 20 del presente Accordo, accreditati secondo le disposizioni previste dal D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, che abbiano durata superiore a 30 giorni consecutivi e fino alla concorrenza di un limite massimo di 60 giorni all'anno, salvo diversi Accordi regionali, che abbiano come oggetto argomenti di interesse per la medicina generale e che siano preventivamente autorizzati dall'Azienda.

3. Il medico di medicina generale ha diritto ad usufruire di sospensione parziale dell'attività convenzionale, con sua sostituzione part-time e per periodi anche superiori a sei mesi, comunque non superiori a 18 mesi nell'arco di cinque anni, per:
   a) Allattamento o assistenza a neonati entro i primi 12 mesi di vita;
   b) Adozione di minore nei primi 12 mesi dall'adozione;
   c) Assistenza a minori conviventi non autosufficienti;
   d) Assistenza a familiari conviventi, anche temporaneamente, con inabilità pari al 100% e titolari di indennità di accompagnamento.

4. Il medico in stato di gravidanza, convenzionato ai sensi del presente Accordo, può richiedere la sospensione dell'attività convenzionale per tutto o per parte del periodo previsto come obbligatorio per i lavoratori dipendenti e con sostituzione totale o parziale della propria attività lavorativa.

5. Il medico convenzionato ai sensi del presente Accordo, ove non già previsto dai Capi specifici può richiedere la sospensione dell'attività convenzionale per un periodo non superiore ai 30 giorni lavorativi nell'arco di un anno per ristoro psico-fisico dall'attività lavorativa, con sostituzione a proprio carico.

6. Nei casi di cui ai commi 2, 3, 4 e 5 la sospensione dell'attività di medicina generale non comporta la sospensione del rapporto convenzionale né soluzione di continuità del rapporto stesso ai fini della anzianità di servizio.

7. I periodi di sospensione del rapporto convenzionale non possono essere considerati, a nessun titolo, come attività di servizio e non possono comportare alcun onere, anche previdenziale, a carico del SSN.

8. Nei casi previsti dal comma 1 il medico deve essere sostituito da un medico nominato dalla Azienda secondo le modalità stabilite dall'art. 37 comma 15, dall'art. 70 comma 4, dall'art. 81 comma 6 e dall'art. 97, comma 4.

9. Nei casi previsti dai commi 2, 3, 4 e 5 il medico deve farsi sostituire seguendo le modalità previste dall'art. 37, comma 1, dall'art. 70, comma 1, dall'art. 81, e dall'art. 97, comma 2.

10. Il medico sospeso dall'incarico ai sensi del comma 1 lettera b) e sospeso temporaneamente ai sensi del comma 1 lettera d) conserva, in quest'ultimo caso e fino a sentenza definitiva, il diritto a percepire i propri compensi al netto dei compensi spettanti al sostituto ai sensi dell'Allegato C del presente Accordo.

11. I compensi di cui al comma 10 sono erogati fatta salva ogni eventuale azione di rivalsa.

12. Il provvedimento di sospensione del rapporto convenzionale è disposto dal Direttore Generale della Azienda con apposita deliberazione, visti gli atti probatori.

13. Il provvedimento di sospensione ha contemporaneità di efficacia in tutte le sedi di attività del medico. Il medico è tenuto ad informare tutte le Aziende nelle quali egli opera della insorgenza di eventuali condizioni comportanti la sospensione dell'incarico, al fine di consentire le relative determinazioni da parte dei rispettivi Direttori Generali.

14. Fatte salve le sospensioni d'ufficio del rapporto o dell'attività convenzionale e quelle dovute a malattia, infortunio o a cause non prevedibili, la comunicazione da parte del medico della sospensione deve essere effettuata con un preavviso minimo di 15 giorni.

15. Le autorizzazioni di cui alle lettere d) ed e) del comma 1, sono richieste dal medico 30 giorni prima dell'evento e la risposta della ASL viene fornita entro 15 giorni dalla ricezione della relativa richiesta. La mancata risposta entro i termini previsti ha significato di approvazione. Il diniego deve essere adeguatamente motivato.

ART. 19 - CESSAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE.

1. Il rapporto tra le Aziende e i medici di medicina generale cessa:
   a) per compimento del 65° anno di età, fermo restando, ai sensi del combinato disposto dei commi 1 e 3 dell'articolo 15-nonies del D.L.vo n. 229/99, che è facoltà del medico di medicina generale convenzionato di mantenere l'incarico per il periodo massimo di un biennio oltre il 65° anno di età, in applicazione dell'art. 16 del D.L.vo 30/12/92, n. 503;
   b) per provvedimento disciplinare adottato ai sensi e con le procedure di cui all'art. 30;
   c) per recesso del medico da comunicare alla Azienda con almeno un mese di preavviso in caso di trasferimento e di due mesi negli altri casi;
   d) per sopravvenuta, accertata e contestata insorgenza di motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 17;
   e) per sopravvenuto, accertato e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all'art. 36;
   f) per incapacità psico-fisica a svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione medico-legale aziendale, ai sensi della legge n. 295/90. Il componente della medicina generale, di cui all'art. 1, comma 3 della legge citata, è nominato dal Comitato aziendale;
   g) per accertato e contestato mancato rispetto degli obblighi e dei compiti previsti dalla convenzione e dai relativi accordi integrativi regionali e aziendali, sulla base delle procedure di cui all'art. 30.

2. Sono inoltre motivi di decadenza del rapporto convenzionale, sulla base delle procedure di cui all'art. 30:
   a) l'accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, da parte dell'assistito di prestazioni previste dal presente accordo e dagli accordi regionali e retribuite nella quota fissa ed in quella variabile del compenso;
   b) l'esercizio della libera professione al di fuori delle modalità stabilite dal presente Accordo.

3. Il medico che, dopo tre anni di iscrizione nello stesso elenco dei medici di assistenza primaria non risulti titolare di un numero minimo di scelte pari a n. 300 unità, decade dal rapporto convenzionale, salvo che la mancata acquisizione del minimo anzidetto sia dipendente da situazioni di carattere oggettivo. Il provvedimento è adottato dalla competente Azienda, sentiti l'interessato e il comitato di cui all'art. 23.

4. Nel caso di cessazione per provvedimento di cui al comma 2, il medico può presentare nuova domanda di inclusione nelle graduatorie dopo quattro anni dalla cessazione. Una nuova attribuzione dell'incarico può avvenire solo per un ambito territoriale differente da quello detenuto all'atto della cessazione del precedente incarico.

5. Il rapporto cessa di diritto e con effetto immediato per radiazione o cancellazione dall'Albo professionale.

6. Il provvedimento di cessazione è adottato dal Direttore Generale della Azienda con deliberazione.

ART. 20 – FORMAZIONE CONTINUA.

1. La formazione professionale in medicina generale, universitaria, complementare e continua, riguarda la crescita culturale e professionale del medico e le attività inerenti ai servizi e alle prestazioni erogate per garantire i livelli essenziali di assistenza e competenze ulteriori o integrative relative ai livelli assistenziali aggiuntivi previsti dagli atti programmatori regionali, secondo quanto previsto dagli Accordi della Conferenza Stato-Regioni.

2. Le Regioni, promuovono la programmazione delle iniziative per la formazione, tenendo conto degli obiettivi formativi sia di interesse nazionale, individuati dalla Conferenza Stato-Regioni sia di specifico interesse regionale e aziendale. I programmi prevedono momenti di formazione comune con altri medici convenzionati operanti nel territorio, medici dipendenti, ospedalieri e non, ed altri operatori sanitari.

4. Le Regioni possono riconoscere, anche in accordo con l'Università e per le parti di rispettiva competenza, attività formative del Medico di Medicina Generale, nelle seguenti aree:

a) insegnamento universitario di base pre-laurea
b) tirocinio valutativo pre-abilitazione alla professione medica
c) formazione specifica in Medicina Generale
d) Aggiornamento e audit
e) Ricerca clinico-epidemiologica e sperimentazione.

4. Le regioni, soggetti istituzionali principalmente interessati alla corretta ed adeguata formazione dei medici di medicina generale che operano nel SSN, assumono un ruolo di primo piano in questo importante processo per garantirne coerenza ed efficienza. A tal fine le Regioni, sulla base degli accordi regionali, assicurano l'attività formativa e di ricerca dei medici di medicina generale mediante adeguati modelli organizzativi, e possono altresì dotarsi di appositi Centri Formativi Regionali, con l'obiettivo di:

a) definire indirizzi e obiettivi generali delle attività di formazione, con funzione di programmazione e coordinamento generale;
b) formare e/o accreditare i medici di medicina generale che svolgono attività didattica (animatori di formazione, docenti, tutor);
c) garantire la formazione specifica in medicina generale;
d) promuovere attività di ricerca e sperimentazione in Medicina generale
e) proporre e coordinare le attività di formazione ECM della Regione e delle Aziende Sanitarie rivolte ai medici di medicina generale.

5. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività di medico di medicina generale ai sensi del presente Accordo. Per garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata, il medico è tenuto a soddisfare il proprio debito annuale di crediti formativi, attraverso attività che abbiano come obiettivi quelli definiti al comma 1 del presente articolo.

6. Gli eventi (residenziali, formazione a distanza, ecc.) accreditati sulla base degli indirizzi e priorità individuate dalle regioni e dalle aziende danno titolo ad un credito didattico. Danno altresì luogo a crediti formativi, le attività di formazione sul campo incluse le attività di ricerca e sperimentazione, secondo le modalità previste dalla Regione, in base agli accordi della Conferenza Stato-Regioni.

7. Ai sensi dell'art. 16-quater, comma 2, del decreto legislativo 229/99, al medico di medicina generale che nel triennio non abbia conseguito il minimo dei crediti formativi stabilito dalla commissione nazionale è attivato il procedimento disciplinare di cui all'art. 30.

8. I corsi regionali e aziendali possono valere fino al 70% del debito formativo annuale e, orientativamente, i temi della formazione obbligatoria saranno scelti, in modo da rispondere:
   a) ad obiettivi aziendali e distrettuali di cui un terzo su argomenti di organizzazione sanitaria;
   b) ad obiettivi regionali di cui un terzo su argomenti deontologici e legali;
   c) all' integrazione tra Territorio ed Ospedale.

9. Ai fini di quanto disposto dal precedente comma 8, le Aziende garantiscono ai medici la realizzazione dei relativi corsi, nei limiti delle risorse disponibili e ad esse assegnate, sulla base degli Accordi regionali e nel rispetto della programmazione regionale.

10. Il medico che non frequenti i corsi obbligatori per due anni consecutivi è soggetto all'attivazione delle procedure di cui all'art. 30 per l'eventuale adozione delle sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza.

11. Il medico di medicina generale ha facoltà di partecipare a proprie spese a corsi, anche attraverso la Formazione a Distanza (FAD), non organizzati né gestiti direttamente dalle Aziende, ma comunque svolti da soggetti accreditati ed attinenti alle tematiche della medicina generale, fino alla concorrenza del 30% dei crediti previsti per l'aggiornamento.

12. I corsi obbligatori, fatta salva una diversa determinazione concordata a livello aziendale, si svolgono il sabato mattina per almeno 10 sabati e per almeno 40 ore annue; tale attività rientra nei compiti retribuiti. L'Azienda, con oneri a proprio carico, adotta i provvedimenti necessari a garantire la continuità dell'assistenza durante le ore di aggiornamento, anche con il pagamento della sostituzione da parte dell'azienda medesima.

13. L'azienda provvede ad assicurare l'erogazione delle prestazioni di competenza dei medici di medicina generale a rapporto orario, durante la partecipazione ai corsi, qualora l'orario dei corsi non sia compatibile con lo svolgimento del servizio.

14. Danno altresì luogo a crediti formativi le attività di formazione sul campo, incluse le attività di ricerca e sperimentazione, le attività di animatore di formazione, docente, tutor e tutor valutatore, secondo le modalità previste dalla Regione in base alle indicazioni della Conferenza Stato-Regioni.

15. Gli Accordi regionali definiscono:
   a) l'attuazione di corsi di formazione per animatori di formazione permanente, sulla base di un curriculum formativo specifico, da individuarsi tra i medici di medicina generale;
   b) il fabbisogno regionale di animatori di formazione e di docenti di medicina generale;
   c) la creazione di un elenco regionale di animatori di formazione, con idoneità acquisita nei corsi di cui alla lettera a) o altrimenti acquisita e riconosciuta dalla Regione, da individuarsi tra i medici di medicina generale, sulla base di espliciti criteri di valutazione, fra i quali deve essere previsto un curriculum formativo. Sono riconosciuti gli attestati di idoneità già acquisiti in corsi validati dalla Regione;
   d) i criteri per la individuazione dei docenti di medicina generale da inserire in apposito elenco;
   e) le modalità e i criteri per la loro specifica formazione didattica e professionale permanente e per il coordinamento delle loro attività, anche attraverso la formazione di Scuole regionali con proprio statuto, ai fini dell'accreditamento di cui all'art. 16-ter, comma 2, del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni;
   f) le attività di sperimentazione e ricerca.

16. Le attività didattiche indicate al comma precedente non comportano riduzione del massimale individuale.

ART. 21 - DIRITTI SINDACALI.

1. Ai componenti di parte medica convenzionati per la medicina generale, presenti nei Comitati e Commissioni previste dal presente accordo e da normative nazionali, regionali o aziendali, è rimborsata la spesa per le sostituzioni relative alla partecipazione alle riunioni dei suddetti organismi nella misura prevista dagli Accordi Regionali e le spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme della pubblica amministrazione.

2. Tale onere è a carico della Azienda di iscrizione del medico.

3. I rappresentanti nazionali, regionali e provinciali dei sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi, i medici nominati alle cariche dagli organi ordinistici per espletare i rispettivi mandati, nonché i medici eletti al Parlamento o ai consigli regionale, provinciale e comunale possono avvalersi, con oneri a loro carico e per tutto il corso del relativo mandato, della collaborazione professionale di medici con compenso orario. Detto compenso, onnicomprensivo, non può essere inferiore a quello previsto per le attività orarie di continuità assistenziale di cui all'art. 72, comma 1, nella misura prevista per l'anno di riferimento.

4. A titolo di concorso negli oneri collegati allo svolgimento di compiti sindacali, a ciascun sindacato viene riconosciuta la disponibilità di 3 ore annue per ogni iscritto.

5. La segreteria nazionale o regionale del sindacato comunica ogni anno alle aziende interessate i nominativi dei propri rappresentanti ai quali deve essere attribuita la disponibilità della quota parte di orario spettante, con indicazione dell'orario assegnato a ciascuno.

6. Mensilmente ciascuno dei rappresentanti designati ai sensi del comma 5 comunica alla propria Azienda il nominativo del medico che l'ha sostituito nel mese precedente e il numero delle ore di sostituzione. Entro il mese successivo si provvede al pagamento di quanto dovuto al sostituto, sulla base di un compenso orario pari a quello previsto per le attività orarie di continuità assistenziale di cui all'art. 72, comma 1, nella misura prevista per l'anno di riferimento, fatte salve diverse determinazioni assunte nell'ambito degli Accordi regionali. Tale attività non si configura come rapporto di lavoro continuativo. Il compenso è direttamente liquidato dalla Azienda che amministra la posizione del rappresentante sindacale designato.

7. Nel caso di medico convenzionato a rapporto orario l'Azienda provvede al pagamento del medico di cui al comma 5 sulla base del suo orario di incarico.

ART. 22 - RAPPRESENTATIVITÀ SINDACALE.

1. Al fine di definire regole di indirizzo volte ad assicurare l'accertamento del requisito della "maggiore rappresentatività", ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, sottolineata la necessità di garantire il più alto grado di trasparenza nelle relazioni sindacali, si indica, come criterio di riferimento per la determinazione di tale requisito sul piano nazionale, delle Confederazioni e delle Federazioni e Organizzazioni sindacali, il criterio della consistenza associativa.

2. La consistenza associativa è rilevata in base alle deleghe conferite alle singole Aziende dai medici convenzionati per la ritenuta del contributo sindacale. La decorrenza della delega coincide con le ritenute effettive accertate alla data del 1 Gennaio di ogni anno.

3. Entro il mese di febbraio di ciascun anno, mediante comunicazione delle stesse Aziende, la consistenza associativa viene trasmessa alla Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC), all'Assessorato Regionale alla Sanità ed alle Segreterie Nazionali delle Organizzazioni Sindacali

4. Per le trattative disciplinate dall'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, la consistenza associativa è determinata sulla base dei dati riferiti all'anno precedente a quello in cui si procede all'avvio delle trattative per il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale.

5. In tutti gli altri casi in cui occorra il riferimento alla consistenza associativa, essa è riferita ai dati rilevati nell'anno precedente.

6. Sono considerate maggiormente rappresentative, ai fini della contrattazione, sul piano nazionale le organizzazioni sindacali che, relativamente al disposto di cui ai commi 2 e 3, abbiano un numero di iscritti, risultanti dalle deleghe per la ritenuta del contributo sindacale, non inferiore al 5% delle deleghe complessive.

7. Contestualmente alla ritenuta sindacale, le Aziende inviano ai rispettivi sindacati provinciali l'elenco dei medici ai quali sia stata effettuata la ritenuta sindacale, con l'indicazione delle relative quote e di tutti gli elementi atti a verificare l'esattezza della ritenuta medesima.

8. La riscossione delle quote sindacali per i sindacati avviene su delega del medico attraverso le Aziende con versamento in c/c intestato ai tesorieri dei sindacati per mezzo della banca incaricata delle operazioni di liquidazione dei compensi.

9. Le deleghe precedentemente rilasciate restano valide, nel rispetto della normativa vigente.

10. Le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, in possesso dei requisiti di rappresentatività cui al comma 6 a livello nazionale, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi regionali.

11. Gli Accordi aziendali possono essere stipulati dalle organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo regionale.

12. Nel caso in cui il requisito di cui al comma 6 sia stato conseguito mediante l'aggregazione di più organizzazioni sindacali, il soggetto contrattuale è univocamente rappresentato da una sigla, partecipa alle trattative e sottoscrive gli Accordi come tale, è rappresentata alle trattative dal legale rappresentante o da un suo delegato e mantiene il diritto di rappresentatività contrattuale fintanto che la situazione soggettiva resti invariata.

ART. 23 - COMITATO AZIENDALE.

1. In ciascuna azienda, o ambito diverso definito dalla Regione, è costituito un comitato aziendale permanente composto da rappresentanti dell'Azienda e rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale. I compiti e le modalità di funzionamento del comitato sono definite dagli Accordi regionali.

2. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

3. Il comitato aziendale esprime pareri obbligatori in merito a:
a) richiesta di deroga temporanea al massimale di scelte di cui all'art. 39;
b) motivi di incompatibilità agli effetti delle ricusazioni di cui all'art. 41, comma 4;
c) cessazione del rapporto convenzionale ai sensi dell'art. 19, comma 1, lettera e) e comma 3;
d) deroghe di cui all'art. 35, comma 12, all'obbligo di residenza;
e) variazione degli ambiti di scelta;
f) individuazione delle zone disagiate.

4. Inoltre il comitato aziendale è preposto alla definizione degli accordi aziendali, ad esprimere ogni altro parere e ad espletare ogni altro incarico attribuitogli dal presente accordo o da accordi regionali o aziendali.

5. Il comitato esprime pareri sui rapporti convenzionali di assistenza primaria, di continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi e attività programmate territoriali.

6. L'Azienda fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario ad assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al comitato aziendale.

ART. 24 - COMITATO REGIONALE.

1. In ciascuna regione è istituito un comitato permanente regionale composto da rappresentanti della regione e da rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale a norma dell'art. 22.

2. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

3. Il comitato permanente è preposto:
a) alla definizione degli accordi regionali;
b) a formulare proposte ed esprimere pareri sulla corretta applicazione delle norme del presente accordo e degli accordi regionali;
c) a fornire indirizzi sui temi di formazione di interesse regionale;
d) a collaborare per la costituzione di gruppi di lavoro, composti da esperti delle aziende e da medici di medicina generale, per la verifica degli standard erogativi e di individuazione degli indicatori di qualità.

4. L'attività del comitato permanente è comunque prioritariamente finalizzata a fornire indirizzi uniformi alle aziende per l'applicazione dell'accordo nazionale e degli accordi regionali ed è sede di osservazione degli accordi aziendali.

5. La regione fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al comitato regionale.

ART. 25 – PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ.

1. Ai sensi dell'art. 3-quater, comma 2, del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nell'ambito delle risorse assegnate al distretto per il perseguimento degli obiettivi di salute della popolazione di riferimento, e in virtù della autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della Azienda, il "Programma delle attività Territoriali" nel rispetto delle normative regionali, prevede:

a) le attività di medicina generale previste dal decreto legislativo sopra richiamato all'art. 3-quinquies e dal piano sanitario nazionale, approvato con il D.P.R. del 23 luglio 1998 – cioè assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale e medicina dei servizi – e il relativo finanziamento sulla base della quota capitaria di finanziamento erogata alla Azienda dalla Regione;
b) altre attività territoriali pertinenti la medicina generale e attività intersettoriali, cui partecipa la medicina generale, definite dagli Accordi Regionali e Aziendali, con la indicazione dello specifico finanziamento.

2. Le attività territoriali riguardanti la medicina generale di cui al comma 1, lett. B) del presente articolo sono in particolare:

a) attività di formazione, informazione, e revisione fra pari dei medici di medicina generale;
b) prestazioni aggiuntive dei medici di medicina generale, comprese quelle informatiche di ricerca epidemiologica, statistica, di calcolo di spesa;
c) servizi di supporto alla attività dei medici di medicina generale, di tipo strutturale, strumentale e di personale;
d) potenziamento delle attività distrettuali di assistenza domiciliare di cui al presente Accordo;
e) progetti obiettivo nazionali, regionali e aziendali;
f) progetti a livello di spesa programmato;
g) sviluppo delle forme associative nelle condizioni di oggettiva difficoltà socio-geografica;
h) sviluppo e potenziamento degli standard informatici dei medici di medicina generale.
i) produzione di linee guida e protocolli per percorsi diagnostici e assistenziali;
j) conferenze di consenso nell'ambito del Distretto;
k) sviluppo di attività integrate ospedale-territorio;
l) sviluppo di servizi assistenziali carenti nel distretto.

3. Il finanziamento delle attività indicate al comma 2 è assicurato dalla Azienda, sulla base di linee di indirizzo definite a livello regionale, utilizzando:

a) appositi stanziamenti, anche relativi a finanziamenti per la medicina generale non utilizzati negli esercizi precedenti, finalizzati all'attuazione di specifici progetti o programmi individuati dagli accordi regionali e aziendali;
b) stanziamenti conseguenti alla razionalizzazione della spesa diretta o indotta dai medici di medicina generale;
c) finanziamenti ricevuti da soggetti non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e finalizzati a specifici progetti concernenti la medicina generale;
d) attribuzione della quota capitaria relativa ai cittadini residenti che non hanno effettuato la scelta del medico nella Azienda stessa o in altra Azienda.

4. Fatte salve diverse determinazioni a livello regionale, pur nel rispetto dei principi di unitarietà e di intersettorialità del "Programma delle attività distrettuali", il Direttore del Distretto, unitamente ai propri collaboratori, è coadiuvato, per il monitoraggio delle iniziative previste dal Programma stesso concernenti la medicina generale, da un medico di medicina generale membro di diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali sulla base delle disposizioni regionali in materia e da due rappresentanti dei medici di medicina generale eletti tra quelli operanti nel distretto.

5.In particolare sono oggetto del monitoraggio:

a) l'andamento, per la parte concernente la medicina generale e indicata ai commi 2 e 3, dell'attuazione del Programma delle attività distrettuali e della gestione delle relative risorse;
b) l'appropriatezza prescrittiva, anche in relazione ai rapporti tra medicina generale e medicina specialistica ambulatoriale e ospedaliera, in riferimento a linee guida condivise, all'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici concordati, al rispetto delle note dell'AIFA, anche al fine di prevenire e rimuovere comportamenti anomali.

6. I soggetti di cui al comma 4 assumono iniziative per la promozione di momenti di verifica e revisione di qualità, di conferenze di consenso e per l'applicazione nel distretto dei programmi di attività finalizzata al rispetto dei livelli di spesa programmati, come concordati ai sensi dell' art. 14, comma 6.

7. Le Aziende assicurano la predisposizione di appropriati ed effettivi strumenti di informazione per garantire trasparenza all'attuazione di quanto previsto dal presente articolo.

8. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione di quanto previsto dal presente articolo, secondo il disposto dell'art. 14.

ART. 26 – EQUIPES TERRITORIALI ED UTAP.

1. Le Regioni e le Aziende, attraverso la istituzione di équipes territoriali, realizzano forme di integrazione professionale dell'attività dei singoli operatori tra loro, la continuità dell'assistenza, la presa in carico del paziente e il conseguimento degli obiettivi e dei programmi distrettuali.

2. In coerenza con l'intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2004 le Regioni prevedono, in accordo con le OO.SS. maggiormente rappresentative, in via sperimentale e con partecipazione volontaria dei medici e degli altri operatori sanitari, la costituzione delle Unità di assistenza primaria (UTAP), strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone.

3. L'équipe territoriale è:
a) strumento attuativo della programmazione sanitaria;
b) momento organizzativo della medicina generale e delle altre discipline presenti nel distretto per la erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale.

4. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

5. L'ambito distrettuale di riferimento della équipe territoriale e dell'UTAP, intesa come organismo operativo distrettuale, viene individuato dal Direttore di distretto e dagli operatori interessati e rappresenta l'ambito territoriale di operatività delle stesse per lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni previste dal "Programma delle attività distrettuali", che comprende oltre ai livelli obbligatori di assistenza anche quanto di pertinenza distrettuale indicato da specifici progetti nazionali, regionali e aziendali.

6. Al fine di assicurare l'intersettorialità e l'integrazione degli interventi socio-sanitari nell'ambito territoriale di riferimento, della équipe territoriale fanno parte le figure professionali ivi operanti deputate a garantire, ai sensi dell'art. 3-quinquies del decreto legislativo 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni:
a) l'assistenza primaria;
b) la continuità assistenziale;
c) la pediatria di libera scelta;
d) l'assistenza specialistica ambulatoriale;
e) la medicina dei servizi;
f) le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

7. L'intervento coordinato e integrato della équipe territoriale assume particolare rilievo nel coinvolgimento nelle attività ad alta integrazione socio-sanitaria, quali:
a) prevenzione e cura delle dipendenze da droga, alcool e farmaci;
b) tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
c) tutela dei disabili e anziani;
d) patologie in fase terminale;
e) patologie da HIV;
f) tutela della salute mentale;
g) inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

8. L'attività interdisciplinare e integrata dell'équipe territoriale si realizza mediante la produzione di valutazioni multidimensionali e selezionando risposte appropriate alle diverse condizioni di bisogno. Si concretizza anche attraverso la predisposizione di un programma di lavoro:
a) finalizzato ad assicurare lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni previste dalla programmazione sanitaria, quali livelli essenziali e appropriati di assistenza, e da specifici programmi e progetti assistenziali;
b) proposto dagli operatori interessati o dal Direttore del distretto;
c) concordato tra gli operatori interessati e tra questi e il Direttore del distretto;
d) che indichi i soggetti partecipanti, le attività o le prestazioni di rispettiva competenza, i tempi e i luoghi di esecuzione delle stesse;
e) la possibilità di operare modifiche durante la sua esecuzione, i tempi delle verifiche periodiche su eventuali problemi operativi, sui tempi di attuazione e sui risultati conseguiti.

ART. 27 – APPROPRIATEZZA DELLE CURE E DELL'USO DELLE RISORSE.

1. Il medico di medicina generale concorre, unitamente alle altre figure professionali operanti nel Servizio sanitario nazionale, a:
a) realizzare la continuità dell'assistenza nel territorio in ragione della programmazione regionale;
b) assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla Azienda per l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e in attesa della definizione di linee guida consensuali;
c) ricercare la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili mediante adozione di principi di qualità e di medicina basata sulle evidenze scientifiche;
d) operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio.

2. Le prescrizioni di prestazioni specialistiche, comprese le diagnostiche, farmaceutiche e di ricovero, del medico di medicina generale si attengono ai principi sopra enunciati e avvengono secondo scienza e coscienza.

3. Nell'applicazione delle norme di cui all'art. 1, comma 4, del decreto legge 20 giugno 1996, n. 323, convertito con modificazioni nella legge 8 agosto 1996, n. 425, il quale ha stabilito tra l'altro per le prescrizioni farmaceutiche l'obbligo da parte di tutti i medici del rispetto delle condizioni e limitazioni previste dai provvedimenti della AIFA, la segnalazione di eventuali infrazioni all'Ordine professionale di iscrizione e al Ministero della sanità, nonché l'obbligo per il medico di rimborsare il farmaco indebitamente prescritto, si applicano le procedure e i principi di cui ai successivi commi.

4. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

5. Le Aziende che rilevano comportamenti prescrittivi del medico di medicina generale ritenuti non conformi alle norme sopra evidenziate, sottopongono il caso ai soggetti individuati all'art. 25, comma 4, deputati a verificare, ai sensi del comma 5 dello stesso articolo, l'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività distrettuali, integrati dal responsabile del servizio farmaceutico, o da suo delegato, e da un medico individuato dal direttore sanitario della Azienda

6. L'organismo suddetto esamina il caso entro 30 giorni dalla segnalazione, tenendo conto dei seguenti principi:
a) la ipotesi di irregolarità deve essere contestata al medico per iscritto entro gli ulteriori 15 giorni assegnandogli un termine non inferiore a 15 giorni per le eventuali controdeduzioni e/o la richiesta di essere ascoltato;
b) il risultato dell'accertamento, esaminate le eventuali controdeduzioni e/o udito il medico interessato, è comunicato al Direttore generale della Azienda per i provvedimenti di competenza e al medico interessato.

7. La prescrizione farmaceutica è valutata tenendo conto dei seguenti elementi:
a) sia oggetto di occasionale, e non ripetuta, inosservanza delle norme prescrittive dovuta ad errore scusabile;
b) sia stata determinata da un eccezionale stato di necessità attuale al momento della prescrizione, con pericolo di danno grave alla vita o all'integrità della persona che non possa essere evitato con il ricorso alle competenti strutture o servizi del S.S.N.;
c) sia stata determinata dalla novità del farmaco prescritto e/o dalla novità della nota AIFA, o di altra legittima norma, e, comunque, per un periodo non superiore a 30 giorni dalla immissione alla vendita, dall'emanazione ufficiale della nota AIFA o di altra legittima norma.

ART. 28 – ARTICOLAZIONE DEL COMPENSO.

1. Ai sensi dell'art. 8 comma 1, lettera d), del D. L.vo 502/92 come successivamente modificato ed integrato, la struttura del compenso del medico di medicina generale così si articola:

a) Quota fissa oraria - in relazione a quanto previsto dai rispettivi Capi del presente Accordo - o capitaria per ciascun soggetto iscritto nella lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite dal presente accordo;
b) Una quota variabile in funzione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui all'art. 8, comma 1, lett. f) del decreto legislativo sopra richiamato;
c) Una quota variabile in funzione delle prestazioni e delle attività previste nel presente accordo e negli accordi regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f) sopra richiamata.

2. Le modalità di corresponsione dei compensi di cui ai precedenti commi sono stabilite, nel rispetto dei principi generali di cui al presente articolo, dai successivi artt. 59, 72, 85 e 98, e, per quanto di competenza, dagli Accordi Regionali e Aziendali.

ART. 29 - FUNZIONI DELLA MEDICINA GENERALE.

1. Il ruolo della Medicina Generale nel sistema sanitario è orientato:

a) al superamento della logica dell'intervento rivolto alla erogazione della singola prestazione a favore di un approccio integrato finalizzato a una gestione globale della salute del cittadino attraverso un modello di cure che faccia corrispondere continuità e variabilità di bisogni del paziente con la continuità e la variabilità della risposta assistenziale del sistema;
b) alla valorizzazione delle cure primarie e al coinvolgimento decisionale del Medico di medicina generale in ordine all'appropriatezza e all'efficacia della pratica professionale e nelle scelte in merito all'allocazione delle risorse;
c) a garantire la continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, attraverso la organizzazione distrettuale del servizio ed il coordinamento operativo e la massima integrazione dell'attività professionale tra i medici della medicina generale e tra essi e gli altri professionisti dell'assistenza territoriale.

2. Lo sviluppo condiviso di forme associative, la qualificazione di standard strutturali ed operativi, il raggiungimento di obiettivi favoriscono lo svolgimento delle funzioni e dei compiti affidati al medico di medicina generale e migliorano la risposta territoriale ai bisogni assistenziali del cittadino.

3. I medici associati di cui all'art. 54 sono soggetti qualificati a proporre iniziative e progetti assistenziali da sottoporre alla contrattazione, nell'ambito degli accordi regionali e aziendali.

4. I medici singoli ed associati fanno parte di centri di responsabilità territoriale, distrettuali o subdistrettuali, per partecipare al raggiungimento di specifici obiettivi del Distretto.

5. Le Aziende sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, con la partecipazione dei medici individuano gli obiettivi, concordano i programmi di attività e conseguenti livelli di spesa programmati dei medici, in coerenza con gli obiettivi ed i programmi di attività del distretto, verificandone il raggiungimento di risultato.

6. Sulla base di accordi regionali, sono individuate specifiche attività di tutela dei soggetti fragili dal punto di vista socio-sanitario, ivi compresi gli extracomunitari in attesa di regolarizzazione.

7. Il medico di medicina generale svolge compiti clinici, assicura la comunicazione con i pazienti e gestisce gli strumenti professionali.

8. I compiti assistenziali del medico di medicina generale sono quelli di cui ai Livelli Essenziali di Assistenza:

a) gestione del paziente ammalato in condizioni acute;
b) gestione delle patologie croniche;
c) gestione dei malati, nell'ambito dell'Assistenza domiciliare programmata e integrata.

ART. 30 - RESPONSABILITÀ CONVENZIONALI E VIOLAZIONI. COLLEGIO ARBITRALE.

1. I medici convenzionati di medicina generale sono tenuti all'osservanza degli obblighi e dei compiti previsti dal presente accordo e dagli accordi regionali e aziendali. Non possono essere oggetto di contestazione a carico del medico le inosservanze derivanti da comportamenti omissivi o inadempienze di altri operatori dell'Azienda.

2. Per la valutazione delle violazioni delle norme di cui al presente Accordo e degli Accordi regionali ed Aziendali, è istituita una commissione regionale paritetica permanente, denominata Collegio arbitrale, composta da:

a) un Presidente, nominato dall'Assessore alla Sanità, o organo competente, e scelto tra una rosa di tre rappresentanti indicati dall'ordine degli avvocati del capoluogo di Regione;
b) 3 componenti di parte pubblica nominati dall'Assessore Regionale alla Sanità o organo competente;
c) 3 componenti di parte medica, di cui 2 designati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentativi, tra i medici di medicina generale della Regione ed 1 designato dall'Ordine dei Medici del capoluogo di Regione con funzione di vicepresidente.

3. Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario regionale.

4. Le violazioni di natura occasionale danno luogo all'applicazione delle seguenti sanzioni:

a) richiamo verbale;
b) richiamo con diffida per il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo verbale.

5. L'Azienda contesta per iscritto l'addebito al medico, entro 30 giorni dal momento in cui ne viene a conoscenza. Il medico ha la possibilità di produrre le proprie controdeduzioni entro 20 giorni dalla data della contestazione e di essere sentito se lo richiede.

6. Il Responsabile aziendale della struttura di riferimento del medico, valutate le controdeduzioni addotte dallo stesso, procede all'archiviazione del caso o alla irrogazione della sanzione. Il provvedimento e' notificato all'interessato entro 30 giorni dalla sua assunzione.

7. Le violazioni di maggiore gravità danno luogo alle seguenti sanzioni:

a) riduzione del trattamento economico in misura non inferiore al 10% e non superiore al 20% per la durata massima di cinque mesi per infrazioni gravi compreso il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo con diffida;
b) sospensione del rapporto per durata non inferiore a 1 mese per recidiva di infrazioni che hanno comportato la riduzione del trattamento economico;
c) revoca del rapporto per infrazioni particolarmente gravi e/o finalizzate all'acquisizione di vantaggi personali, compresa quella di cui all'art. 30, comma 2, e per recidiva di infrazioni che hanno comportato la sospensione del rapporto.

8. Le violazioni di cui al precedente comma 7, sono di competenza del Collegio di cui al comma 2, previa istruttoria da parte dell'Azienda.

9. Il collegio è nominato con provvedimento regionale entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo. La Regione provvede a raccogliere le designazioni delle Organizzazioni sindacali del presente Accordo, entro un termine da essa stabilito. Trascorso tale termine, in caso di mancata designazione unitaria da parte delle Organizzazioni sindacali, la Regione provvede direttamente a nominare i componenti anche di parte sindacale secondo il criterio della maggiore rappresentatività.

10. In caso di mancata indicazione dei componenti di parte sindacale, la Regione provvede autonomamente con nomina tra i medici convenzionati della Regione.

11. L'Azienda contesta per iscritto l'addebito al medico, entro 30 giorni dal momento in cui ne viene a conoscenza, e chiede al Collegio arbitrale l'apertura di un procedimento a carico del medico quando le sanzioni comminabili siano quelle previste al comma 7.

12. Il Presidente, ricevuta la notifica dell'Azienda, convoca il collegio entro 10 giorni, per la discussione del caso. Il Collegio, a sua volta, convoca il medico a sua difesa con l'eventuale assistenza di un procuratore. La convocazione per la difesa non può avvenire prima che siano trascorsi 20 giorni dall'invio della contestazione scritta dell'addebito da parte della ASL.
Qualora il medico non produca alcuna controdeduzione o non si presenti innanzi al Collegio, quest'ultimo dà corso comunque alla valutazione del caso.

13. Le parti possono richiedere al Collegio di essere sentite in merito al caso in oggetto, eventualmente producendo i documenti o le memorie ritenute più appropriate, anche attraverso l'assistenza di un procuratore.

14. Il Collegio può deliberare di udire le parti singolarmente o in contraddittorio al fine di pervenire ad un giudizio appropriato sul caso in esame, anche su richiesta di una delle parti.

15. Il Collegio, valutate le controdeduzioni eventualmente addotte dal medico in sede di difesa procede all'archiviazione del caso o alla proposta di sanzione. Il provvedimento è notificato all'interessato entro 15 giorni dalla sua assunzione.

16. L'Azienda ricevuto il deliberato del Collegio arbitrale si conforma allo stesso con provvedimento del Direttore Generale.

17. Il procedimento di cui al presente articolo deve concludersi entro 180 giorni dalla contestazione dell'addebito al medico. Trascorso tale termine il procedimento si estingue.

18. L'atto di contestazione e il provvedimento finale del procedimento, con allegata la relativa documentazione compreso l'eventuale deliberato, sono inviate all'Ordine provinciale d'iscrizione del medico, ai fini di cui all'art. 8, comma 3, del D.L.vo n. 502/92, come successivamente modificato ed integrato.

19. In caso di sospensione del rapporto ai sensi del comma 7, lett. b), l'Azienda nomina il sostituto. I compensi vengono corrisposti, fin dal primo giorno, al sostituto e al sostituito secondo quanto previsto dal comma 2 dell'Allegato C.

20. Non può tenersi conto ad alcun effetto delle sanzioni disciplinari trascorsi, un anno per quelle di cui comma 4 e due anni per quelle di cui al precedente comma 7, dalla loro irrogazione. Le violazioni e le infrazioni si prescrivono dopo 5 anni dalla loro irrogazione.

21. Per quanto non previsto dal presente articolo si rimanda alle norme del Codice Civile.

ART. 31 - ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO. PRESTAZIONI INDISPENSABILI E LORO MODALITÀ DI EROGAZIONE.

1. Il diritto di sciopero delle organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale convenzionati è esercitato con un preavviso minimo di 10 giorni. I soggetti che promuovono lo sciopero, contestualmente al preavviso, indicano anche la durata dell'astensione dal lavoro. In caso di revoca di uno sciopero già indetto, le organizzazioni sindacali devono darne tempestiva comunicazione.

2. La proclamazione di scioperi relativi a vertenze sindacali, deve essere comunicata ai soggetti istituzionalmente preposti ai rispettivi livelli nazionale, regionale, aziendale.

3. Sono prestazioni indispensabili di assistenza primaria, ai sensi della legge n. 146/1990, come modificata ed integrata dalla legge n. 83/00 e successive modificazioni e integrazioni: le visite domiciliari urgenti, l'assistenza domiciliare integrata, le forme di assistenza domiciliare programmata a malati terminali, nonche' le ulteriori prestazioni definite nell'ambito degli Accordi regionali.

4. Nel campo della continuità assistenziale e dell'emergenza sanitaria territoriale, oltre a quelle previste dal precedente comma 1 per quanto di competenza, sono prestazioni indispensabili gli interventi di cui agli artt. 67 e 95, limitatamente agli aspetti diagnostici e terapeutici, Nel campo della medicina dei servizi territoriali, sono prestazioni indispensabili quelle di cui all'art. 78, comma 12.

5. Le prestazioni di cui ai commi 3 e 4, in caso di sciopero della categoria dei medici di medicina generale convenzionati, continuano ad essere erogate con le procedure e secondo le modalità di cui ai rispettivi Capi del presente Accordo e fino all'entrata in vigore degli Accordi regionali.

6. Il medico convenzionato è tenuto a comunicare per iscritto alla Azienda la propria non adesione all'agitazione entro le 24 ore precedenti nel rispetto delle modalità concordate a livello regionale.

7. L'adesione all'agitazione sindacale comporta la trattenuta del compenso relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale. Sono fatte salve modalità diverse concordate a livello regionale, al fine di garantire ai cittadini i servizi essenziali e le prestazioni urgenti.

8. I medici di medicina generale che si astengono dal lavoro in violazione delle norme del presente articolo commettono infrazione da valutare ai sensi dell'art. 30.

9. Le organizzazioni sindacali si impegnano a non effettuare le azioni di sciopero:

- nel mese di agosto;
- nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali europee, nazionali e referendarie;
- nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali regionali, provinciali e comunali, per i rispettivi ambiti territoriali;
- nei giorni dal 23 dicembre al 7 gennaio;
- nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.

10. In casi di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.

11. In conformità agli accordi di cui al comma successivo le Aziende individuano, in occasione degli scioperi dei medici di continuità assistenziale, di medicina dei sevizi terrritoriali e di emergenza sanitaria territoriale, i nominativi dei medici tenuti alle prestazioni indispensabili ed esonerati dallo sciopero stesso, comunicando cinque giorni prima della data di effettuazione dello sciopero, i nominativi inclusi nei contingenti, come sopra individuati, alle organizzazioni sindacali locali ed ai singoli interessati. Il medico individuato ha il diritto di esprimere, entro le ventiquattro ore successive alla ricezione della comunicazione, la volontà di aderire allo sciopero chiedendo la conseguente sostituzione nel caso sia possibile.

12. Entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo sono stabiliti, relativamente agli addetti della continuità assistenziale, della medicina dei servizi territoriali e dell'emergenza sanitaria, con apposite intese a livello regionale, i criteri per la determinazione di contingenti di personale medico da esonerare dalla partecipazione a eventuali scioperi di categoria al fine di garantire la continuità delle prestazioni di cui al comma 4, nonché per la loro distribuzione territoriale.

13. Per l'area dell'assistenza primaria, l'individuazione del contingente di medici si realizza nell'ambito delle sperimentazioni regionali di strutture operative composte, con sede unica, ai sensi dell'art. 6.

14. Per la effettuazione delle prestazioni professionali indispensabili, in occasione di sciopero della categoria, è riconosciuto ai medici di medicina generale una percentuale del compenso previsto per essi dai rispettivi Capi del presente Accordo, percentuale da definirsi in sede di Accordo Regionale.

15. E' fatto divieto, al medico in sciopero, di richiedere compensi ai cittadini per la effettuazione delle prestazioni indispensabili di cui ai commi 3 e 4.

16. La comunicazione di cui al comma 6 non è dovuta, da parte dei medici iscritti a Sindacati firmatari del presente Accordo:
- a) in caso di astensione dal lavoro promossa da sigle sindacali non firmatarie del presente Accordo;
- b) nel caso in cui il Sindacato di appartenenza abbia comunicato all'Azienda la sospensione o la revoca dello sciopero o la non adesione della sua organizzazione a manifestazioni indette da altri sindacati.

17. La dovuta e mancata comunicazione di non adesione alla agitazione sindacale comporta la trattenuta del compenso relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale o, se del caso, dal suo inizio e fino al giorno, compreso, della eventuale comunicazione di non adesione alla agitazione sindacale stessa.

18. La trattenuta dei compensi di cui ai commi 7 e 17 deve essere effettuata dalla Azienda di competenza entro i 90 giorni successivi al termine della agitazione sindacale medesima.

19. Il medico iscritto a un sindacato, che partecipi allo sciopero indetto da altre organizzazioni, deve comunicare alla Azienda la propria adesione alla agitazione sindacale nei tempi e nei modi previsti dal comma 6.

ART. 32 – ASSISTENZA AI TURISTI.

1. Sulla base di apposite determinazioni regionali sono individuate le località a forte flusso turistico nelle quali organizzare un servizio di assistenza sanitaria rivolta alle persone non residenti.

2. Le Aziende nel cui territorio si trovano le località di cui al comma 1, organizzano il servizio utilizzando i medici di medicina generale convenzionati ai sensi del presente Accordo inseriti nel relativo ambito territoriale, sia in relazione alle attività di assistenza primaria che di continuità assistenziale.

3. Le prestazioni di cui al presente articolo sono retribuite dal cittadino non residente sulla base del disposto di cui all'art. 57 del presente Accordo.

4. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione degli ulteriori e differenti contenuti e modalità di attuazione di quanto previsto al comma 1, anche mediante potenziamento del servizio, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

CAPO II

ASSISTENZA PRIMARIA

ART. 33 - RAPPORTO OTTIMALE.

1. La libera scelta del medico avviene, ai sensi dell'art. 19, comma 2, della legge n. 833/78, nei limiti oggettivi dell'organizzazione delle Aziende Sanitarie Locali, come definita dalla Regione.

2. Agli effetti del precedente comma l'assistenza primaria è organizzata in via prioritaria per ambiti comunali, ai sensi dell'art. 25 della legge n. 833/78.

3. Le Regioni, sulla base delle indicazioni del piano sanitario o di altra determinazione, possono articolare il livello organizzativo dell'assistenza primaria in ambiti territoriali di comuni, gruppi di comuni o distretti. L'ambito di scelta deve essere di norma intradistrettuale, al fine di consentire una utile pianificazione delle politiche di budget, dell'accesso all'area e dello sviluppo delle forme associative tra i medici della medicina generale.

4. Ciascuna Azienda cura la tenuta degli elenchi dei medici convenzionati per l'erogazione dell'assistenza primaria, i quali, ai fini dell'esercizio della scelta del medico da parte del cittadino, sono articolati nei medesimi ambiti territoriali di comuni o gruppi di comuni o distretti individuati ai sensi dei precedenti commi 1, 2 e 3.

5. L'ambito territoriale ai fini dell'acquisizione delle scelte deve comprendere popolazione non inferiore a 7.000 abitanti anagraficamente residenti. Per motivi geografici, di viabilità, di distanza tra comuni, di difficile percorrenza delle vie di comunicazione, di parcellizzazione degli insediamenti abitativi o per altre valide condizioni, le Regioni possono individuare ambiti territoriali con popolazione inferiore a 7.000 unità ma comunque mai inferiore a 5.000.

6. Nei comuni comprendenti più Aziende, per la determinazione del rapporto ottimale si fa riferimento alla popolazione complessiva residente nel comune, sulla base dei parametri di cui al comma 9.

7. La determinazione del numero dei medici iscrivibili in comuni comprendenti più Aziende, viene determinata sommando i medici iscrivibili in ciascuna Azienda Sanitaria Locale sulla base della propria popolazione di riferimento. Eventuali frazioni di popolazione di ciascuna Azienda, inferiori a 500 abitanti, possono concorrere, sommandosi, alla determinazione di carenza di medici nell'intero ambito comunale, da dichiararsi da parte della o delle Aziende con il resto più elevato.

8. Il medico operante in un comune comprendente più Aziende, fermo restando che può essere iscritto nell'elenco di una sola Azienda che ne gestisce la posizione amministrativa, può acquisire scelte in tutto l'ambito comunale ai sensi dell'art. 25, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

9. Fino alla stipula dei nuovi Accordi regionali, fatti salvi quelli già in essere, per ciascun ambito territoriale può essere iscritto solamente un medico ogni 1000 abitanti residenti o frazione di 1000 superiore a 500, detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente. Le Regioni possono indicare per ambiti territoriali dell'assistenza primaria un diverso rapporto medico/popolazione residente. La variabilità di tale rapporto deve essere concordata nell'ambito degli Accordi regionali e comunque fino ad un aumento massimo del 30%.

10. Nella determinazione del numero dei medici iscrivibili, oltre che del rapporto di cui al comma precedente, deve tenersi conto anche dei differenti valori di massimale e delle eventuali autolimitazioni di massimali già dichiarate ed esistenti alla data di entrata in vigore del presente Accordo, derivanti dall'applicazione dell'art. 39 a carico dei singoli medici già iscritti nell'elenco. Per l'applicazione delle norme in materia di rapporto ottimale si richiamano le istruzioni pratiche riportate nell'allegato B.

11. Ai fini della determinazione dei medici iscrivibili nell'elenco, l'Azienda, utilizzando l'elenco di cui all'art. 44 comma 5, scorpora dalla popolazione di riferimento per la determinazione del rapporto ottimale (come definita al precedente comma 9) tutti quei cittadini che, alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, pur essendo anagraficamente residenti nell'ambito territoriale, abbiano effettuato la scelta del medico in altro ambito territoriale dell'Azienda stessa. Tali assistiti vengono conteggiati per il rapporto ottimale nell'ambito territoriale in cui hanno esercitato il diritto di scelta.

12. In tutti i comuni dell'ambito territoriale di cui ai commi 2 e 3, in tutte le circoscrizioni e nelle zone con oltre 500 abitanti di ambiti territoriali dichiarati carenti ai sensi dell'art. 34 comma 1, sentito il Comitato Aziendale deve esser comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale, ad opera prioritariamente, nell'ordine di inserimento, degli ultimi medici inseriti.

13. Ai fini del corretto calcolo del rapporto ottimale e delle incidenze sullo stesso delle limitazioni si fa riferimento alle situazioni esistenti al 31 dicembre dell'anno precedente.

14. In caso di modifiche di ambito territoriale il medico conserva tutte le scelte in suo carico, comprese quelle che vengono a far parte di un ambito diverso da quello in cui, in conseguenza della modifica, si trova inserito, fatti salvi il rispetto dei massimali o quote individuali e il diritto di scelta degli assistiti.

15. Fatto salvo quanto previsto al comma 9, nell'ambito degli Accordi regionali, possono essere individuate specifiche e peculiari modalità di determinazione degli ambiti da definirsi e dichiararsi carenti, anche sulla base del numero medio di assistiti in carico ai medici già inseriti e della effettiva capacità ricettiva del relativo ambito territoriale e previo parere del Comitato aziendale.

ART. 34 - COPERTURA DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA.

1. Entro la fine dei mesi di Aprile e di Ottobre di ogni anno ciascuna Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali carenti di medici convenzionati per l'assistenza primaria individuati, a seguito di formale determinazione delle Aziende previa comunicazione al comitato aziendale di cui all'art. 23, rispettivamente alla data del 1° marzo e del 1° settembre dell'anno in corso nell'ambito delle singole Aziende, sulla base dei criteri di cui al precedente articolo 33.

2. Possono concorrere al conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti resi pubblici secondo quanto stabilito dal comma 1:
a) i medici che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria della Regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali carenti e quelli già inscriti in un elenco di assistenza primaria di altra Regione, ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultino iscritti, rispettivamente, da almeno due anni e da almeno 4 anni nell'elenco di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento.
b) i medici inclusi nella graduatoria regionale generale o, se presente, di settore valida per l'anno in corso.

3. Al fine del conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti i medici di cui al comma 2 lett. b) sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
a) attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'art. 15;
b) attribuzione di punti 5 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;
c) attribuzione di punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico.

4. Le graduatorie per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti vengono formulate sulla base dell'anzianità e dei punteggi relativi ed apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico concorrente l'ambito o gli ambiti territoriali per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.

5. In caso di pari posizione in graduatoria, i medici di cui al comma 2 sono ulteriormente graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

6. La Regione, o il soggetto da questa individuato, interpella prioritariamente i medici di cui al comma 2, lett. a) in base alla anzianità di iscrizione negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria; laddove risulti necessario, interpella successivamente i medici di cui al comma 2, lett. b), in base all'ordine risultante dall'applicazione dei criteri di cui al comma 3 e sulla base del disposto di cui all'articolo 16, commi 7 e 8 del presente Accordo.

7. L'anzianità di iscrizione negli elenchi a valere per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti ai sensi del comma 2, lett. a), è determinata sommando:
a) l'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi della assistenza primaria della regione, detratti i periodi di eventuale cessazione dell'incarico;
b) l'anzianità di iscrizione nell'elenco di provenienza, ancorché già compresa nell'anzianità di cui alla lettera a).

8. È cancellato dalla graduatoria regionale e di settore valida per l'anno in corso, il medico che abbia accettato l'incarico ai sensi dell'art. 35, comma 1.

9. Il medico che, avendo concorso all'assegnazione di un ambito territoriale carente avvalendosi della facoltà di cui al comma 2 lettera a), accetta l'incarico ai sensi dell'art. 35, comma 1, decade dall'incarico detenuto nell'ambito territoriale di provenienza e viene cancellato dal relativo elenco.

10. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

11. In sede di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti, fermo restando l'ambito di iscrizione del medico, l'Azienda, può indicare la zona in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale.

12. La indicazione di cui al comma 11 costituisce vincolo alla apertura di uno studio di assistenza primaria nella zona indicata, vincolo che si protrae per un periodo di anni 3 dall'iscrizione nell'elenco, trascorso il quale, a richiesta del medico interessato, l'Azienda, nel pubblicare gli ambiti territoriali carenti, indica la zona stessa agli effetti della apertura dello studio medico a carico del neo inserito.

13. Gli aspiranti, entro 15 giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Regione, o al soggetto da questa individuato, apposita domanda di assegnazione di incarico per uno o più degli ambiti territoriali carenti pubblicati, in conformità allo schema di cui agli Allegati Q o Q/3.

14. In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovino in posizione di incompatibilità, secondo lo schema allegato sub lettera "L".

15. La Regione provvede alla convocazione, mediante raccomandata AR o telegramma, dei medici aventi titolo, secondo la graduatoria, al conferimento degli incarichi dichiarati carenti e pubblicati, presso la sede indicata dall'Assessorato Regionale alla Sanità, in maniera programmata e per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione.

16. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.

17. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma, indicando nello stesso l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli ambiti territoriali dichiarati carenti per i quali egli ha concorso. In tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra gli incarichi vacanti che egli avrà indicato.

18. La Regione che attribuisce l'incarico ai sensi del comma 2 lettera a) ad un medico proveniente da altra regione comunica alla Regione di provenienza l'avvenuto conferimento dell'incarico ai fini di quanto previsto dal comma 9.

19. La Regione, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 24 e nel rispetto dei precedenti commi, può adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.

20. La Regione può individuare e assegnare ad altri soggetti l'espletamento dei compiti previsti dal presente articolo.

ART. 35 - INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE.

1. Il medico interpellato ai sensi dell'art. 34 deve, a pena di decadenza, indicare e dichiarare, in sede di convocazione, l'ambito territoriale per il quale accetta l'incarico.

2. La Regione, o il soggetto da questa individuato, espletate le formalità per l'accettazione dell'incarico, invia gli atti relativi all'Azienda interessata, la quale conferisce l'incarico a tempo indeterminato, condizionato al possesso dei requisiti di cui al comma 3, con provvedimento del Direttore Generale, che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, ricevimento dal quale decorre il termine di 90 giorni previsto dal comma successivo.

3. Entro i 90 giorni successivi al ricevimento della comunicazione di cui al precedente comma 2, il medico, sempre a pena di decadenza e fatto salvo quanto previsto al comma 12, deve:
- aprire nell'ambito territoriale carente assegnatogli, tenuto conto delle eventuali prescrizioni di cui all'articolo 34 comma 11, uno studio professionale idoneo secondo le prescrizioni di cui all'art. 36 e darne comunicazione alla Azienda;
- richiedere il trasferimento della residenza o eleggere il proprio domicilio nella zona assegnatagli, se risiede in altro Comune;
- comunicare l'Ordine professionale provinciale al quale è iscritto.

4. L'incarico si intende definitivamente conferito, ai fini della decorrenza dell'iscrizione nell'elenco e della autorizzazione ad acquisire le scelte degli assistiti, con la comunicazione della Azienda attestante l'idoneità dello studio oppure alla scadenza del termine di 15 giorni di cui al comma 9, qualora la Azienda non proceda alla prevista verifica di idoneità. È fatta comunque salva la facoltà delle Aziende di far luogo in ogni tempo alla verifica della idoneità dello studio.

5. Il medico al quale sia definitivamente conferito l'incarico ai sensi del presente articolo viene iscritto nell'elenco relativo all'ambito territoriale carente della Azienda che ne gestisce la posizione amministrativa.

6. Al medico è fatto divieto di esercitare le attività convenzionate ai sensi del presente accordo in studi professionali collocati fuori dall'ambito territoriale nel cui elenco egli è iscritto, escluso il caso di cui all'art. 33, comma 14.

7. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

8. Le Aziende avuto riguardo a eventuali difficoltà collegate a particolari situazioni locali, possono consentire, sentito il Comitato di cui all'art. 23, temporanee proroghe al termine di cui al comma 3, entro il limite massimo di ulteriori sessanta giorni.

9. Entro 15 giorni dalla comunicazione dell'avvenuta apertura dello studio l'Azienda procede con proprio personale sanitario alla verifica dell'idoneità dello stesso in rapporto ai requisiti minimi di cui all'art. 36 e ne notifica i risultati al medico interessato assegnandogli, se del caso, un termine non superiore a 60 giorni per adeguare lo studio alle suddette prescrizioni. Trascorso tale termine inutilmente il medico decade dal diritto al conferimento dell'incarico.

10. Le procedure di cui al comma 9 si applicano anche nei casi di apertura di ulteriori studi professionali, per l'espletamento dell'attività convenzionata di cui al presente Accordo, nel contesto del medesimo ambito territoriale e nel caso di variazione di ubicazione dello studio convenzionato per l'assistenza primaria in altro locale all'interno del medesimo ambito territoriale.

11. Al fine di favorire l'inserimento di medici negli ambiti territoriali carenti, con particolare riguardo a quelli disagiati, la Azienda può, su richiesta del medico, consentire la utilizzazione di un ambulatorio pubblico eventualmente disponibile. L'ammontare e le modalità di compensazione delle spese per l'uso, comprese le spese per il suo utilizzo, dell'ambulatorio pubblico, sono oggetto di apposite determinazioni da concordarsi nell'ambito degli Accordi Regionali.

12. Fatte salve diverse determinazioni regionali, nel corso del rapporto convenzionale il medico può essere autorizzato dalla Azienda a trasferire, per gravi ed obiettivi motivi, la residenza o il domicilio in altro comune rispetto a quello di iscrizione, in un ambito territoriale di contiguità, previo parere favorevole del comitato di cui all'art. 23 del presente Accordo e purché tale trasferimento non comporti alcun disservizio nell'erogazione dell'assistenza.

13. Al medico al quale sia stato definitivamente conferito l'incarico ai sensi del presente articolo, è consentita, per il valore di diffusione capillare dell'assistenza sanitaria di cui al presente Accordo e per il miglioramento della qualità di tale assistenza, l'apertura di più studi per l'esercizio dell'attività convenzionata di assistenza primaria nei comuni o nelle zone comprese nell'ambito territoriale nel cui elenco il medico è iscritto.

14. Nel caso di esercizio dell'attività convenzionata in più studi, l'orario di studio complessivo, come determinato sulla base di quanto disposto dall'articolo 36 del presente Accordo, può essere frazionato, previo parere del Comitato aziendale, fra tutti gli studi, fatta salva la erogazione dell'attività ambulatoriale, nel suo insieme, per almeno 5 giorni la settimana.

ART. 36 - REQUISITI E APERTURA DEGLI STUDI MEDICI.

1. Lo studio del medico di assistenza primaria è considerato presidio del Servizio Sanitario Nazionale e concorre, quale bene strumentale e professionale del medico, al perseguimento degli obiettivi di salute del Servizio medesimo nei confronti del cittadino, mediante attività assistenziali convenzionate e non convenzionate retribuite. Ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale di assistenza primaria, oltre che ai fini della corresponsione del concorso alle spese per l'erogazione delle prestazioni del servizio cui all'art. 59, ciascun medico deve avere la disponibilità di almeno uno studio professionale nel quale esercitare l'attività convenzionata. Lo studio del medico di medicina generale, ancorché destinato allo svolgimento di un pubblico servizio, è uno studio professionale privato che deve possedere i requisiti previsti dai commi che seguono.

2. Lo studio del medico convenzionato deve essere dotato degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio della medicina generale, di sala d'attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici, di illuminazione e aerazione idonea, ivi compresi idonei strumenti di ricezione delle chiamate.

3. Detti ambienti possono essere adibiti o esclusivamente ad uso di studio medico con destinazione specifica o anche essere inseriti in un appartamento di civile abitazione, con locali appositamente dedicati.

4. Se lo studio è ubicato presso strutture adibite ad altre attività non mediche o sanitarie soggette ad autorizzazione, lo stesso deve avere un ingresso indipendente e deve essere eliminata ogni comunicazione tra le due strutture.

5. Lo studio professionale del medico iscritto nell'elenco, salvo quanto previsto in materia di orario di continuità assistenziale, deve essere aperto agli aventi diritto per 5 giorni alla settimana, preferibilmente dal lunedì al venerdì, con previsione di apertura per almeno due fasce pomeridiane o mattutine alla settimana e comunque con apertura il lunedì, secondo un orario congruo e comunque non inferiore a:

5 ore settimanali fino a 500 assistiti.
10 ore settimanali da 500 a 1000 assistiti.
15 ore settimanali da 1000 e 1500 assistiti.

L'orario di studio è definito dal medico anche in relazione alle necessità degli assistiti iscritti nel suo elenco e alla esigenza di assicurare una prestazione medica corretta ed efficace e comunque in maniera tale che sia assicurato il migliore funzionamento dell'assistenza. In relazione a particolari esigenze assistenziali l'Azienda può richiedere, previo parere del Comitato aziendale, di cui all'art. 23, la revisione dell'orario.
I medici che aderiscono a forme associative della medicina generale sono tenuti a garantire l'apertura dello studio secondo le determinazioni previste e definite in sede di contrattazione regionale per le singole tipologie di associazione.

6. L'Azienda ha il compito di verificare l'applicazione del disposto di cui al precedente comma 5.

7. L'orario con il nominativo del medico, da comunicare alla Azienda, deve essere esposto all'ingresso dello studio medico; eventuali variazioni devono essere comunicate alla Azienda entro 30 giorni dalla avvenuta variazione.

8. Le visite nello studio medico, salvi i casi di urgenza, vengono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione.

9. Le modalità di contattabilità del medico al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio sono disciplinate nell'ambito degli Accordi Regionali.

10. Nell'ambito degli Accordi regionali possono essere previste le modalità di erogazione di prestazioni medico specialistiche in regime di accreditamento con contratto tra medici di cure primarie, operanti in forma associata, ASL e aziende erogatrici pubbliche e/o private accreditate del medesimo ambito territoriale. La sperimentazione è finalizzata alla integrazione dei vari attori responsabili del governo clinico del soggetto. Lo strumento primario di integrazione riguarda la definizione e l'utilizzo di linee guida diagnostico terapeutiche condivise. Gli accordi specifici devono far riferimento ai requisiti autorizzativi e di accreditamento, necessari al funzionamento delle unità di offerta sperimentali, e derivanti dalla normativa nazionale e regionale in tema di autorizzazione ed accreditamento.

ART. 37 – SOSTITUZIONI.

1. Il medico titolare di scelte che si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera, fermo restando l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio, deve comunicare alla competente Azienda entro il quarto giorno dall'inizio della sostituzione, il nominativo del collega che lo sostituisce quando la sostituzione si protragga per più di tre giorni consecutivi. Il medico sostituito comunica, in uno con la dichiarazione di assenza dal servizio, la motivazione della stessa tra quelle previste dall'art. 18 del presente Accordo.

2. Il medico sostituto deve dichiarare di non trovarsi in situazione di incompatibilità prevista dall'articolo 17, salvi diversi accordi regionali che stabiliscono anche il limite delle scelte che possono essere poste a carico del medico sostituto.

3. Nella nomina del proprio sostituto, il titolare deve avere cura di scegliere per i propri assistiti un medico che garantisca un adeguato livello di qualità professionale. Ove possibile il medico sostituto deve avere i requisiti per accedere alla graduatoria della medicina generale.

4. Il medico sostituto assume direttamente e formalmente, all'atto dell'incarico di sostituzione da parte del medico sostituito, le responsabilità professionali inerenti tutte le attività previste dal presente Accordo. Il medico sostituto deve inoltre dichiaratamente garantire l'attività assistenziale secondo le modalità organizzative, disponibilità strutturale, standard assistenziale e orario di apertura dello studio, del medico sostituito.

5. Nel caso di sostituzione tra medici di assistenza primaria già titolari di incarico, il sostituito dovrà comunicare adeguatamente ai propri assistiti le modalità della sostituzione secondo le modalità organizzative del medico di famiglia che effettua la sostituzione.

6. Qualora la sostituzione, per particolari situazioni in cui non possa essere effettuata dal medico di medicina generale, sia svolta da un medico iscritto negli elenchi dei pediatri di libera scelta, i compensi allo stesso sono corrisposti secondo il trattamento economico previsto per la medicina generale.

7. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.

8. Alla sostituzione del medico sospeso dall'incarico per effetto di provvedimento di cui all'art. 30 provvede la Azienda con le modalità di cui al comma 15.

9. Le scelte del sanitario colpito dal provvedimento di sospensione restano in carico al medico sospeso, salvo che i singoli aventi diritto avanzino richiesta di variazione del medico di fiducia; variazione che in ogni caso, non può essere fatta in favore del medico incaricato della sostituzione, per tutta la durata della stessa.

10. L'attività di sostituzione, a qualsiasi titolo svolta, non comporta l'iscrizione del medico nell'elenco, anche se determina l'assunzione di tutti gli obblighi professionali previsti dal presente Accordo, dagli accordi Regionali e da quelli Aziendali.

11. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

12. Il medico sostituito deve provvedere ad informare i propri assistiti sulla durata, sulle modalità della sostituzione e sul sostituto.

13. Le Aziende per i primi 30 giorni di sostituzione continuativa corrispondono i compensi al medico sostituito che provvede secondo quanto previsto al comma 14; dal 31° giorno corrispondono i compensi direttamente al medico che effettua la sostituzione, purché abbia i requisiti per l'iscrizione nella graduatoria regionale e secondo il trattamento economico previsto dal successivo comma 14.

14. I rapporti economici tra medico sostituito e medico sostituto sono disciplinati dalla norme di cui all'allegato sub lettera C, nel rispetto della normativa fiscale.

15. Il medico che non riesca ad assicurare la propria sostituzione, deve tempestivamente informarne la Azienda, la quale provvede a designare il sostituto prioritariamente tra i medici inseriti nella graduatoria di cui all'art. 15, e secondo l'ordine della stessa, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito di iscrizione del medico sostituito. In tale caso i compensi spettano fin dal primo giorno della sostituzione al medico sostituto, salvo quanto previsto dall'art. 30, comma 19.

16. Tranne che per i motivi di cui all'art. 18, commi 1, 2, 3 e 4, del presente Accordo e per mandato parlamentare, amministrativo, ordinistico, sindacale, per sostituzione superiore a 6 mesi nell'anno, anche non continuativi, l'Azienda sentito il Comitato di cui all'art.23, si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa e può esaminare il caso ai fini anche dell'eventuale risoluzione del rapporto convenzionale.

17. Quando il medico sostituito, per qualsiasi motivo, sia nella impossibilità di percepire i compensi che gli spettano in relazione al periodo di sostituzione, le Aziende possono liquidare tali competenze direttamente al medico che ha effettuato la sostituzione.

18. In caso di decesso del medico convenzionato, l'Azienda provvede alla nomina del sostituto. Qualora il medico fosse già sostituito, il sostituto già incaricato al momento del decesso può proseguire l'attività nei confronti degli assistiti in carico al medico deceduto per non più di 30 giorni, conservando il trattamento di cui beneficiava durante la sostituzione.

ART. 38 - INCARICHI PROVVISORI.

1. Qualora in un ambito territoriale si determini una carenza di assistenza dovuta a mancanza di medici in grado di acquisire tutte le scelte disponibili, l'Azienda, sentito il Comitato di cui all'art. 23, può conferire ad un medico residente nell'ambito territoriale carente, scelto nel rispetto della graduatoria regionale di settore o, se esistente, alla graduatoria di disponibilità di cui all'art. 15, comma 12 del presente Accordo, un incarico temporaneo.

2. Tale incarico, di durata comunque inferiore a dodici mesi, cessa alla sua scadenza o nel momento in cui viene individuato il medico avente diritto all'inserimento. Al medico di cui al presente comma sono corrisposti, per gli utenti che viene incaricato di assistere, i compensi di cui all'art. 59, lettera "A", comma 1.

3. Nel caso in cui sia necessario proseguire la durata di un incarico provvisorio, i successivi incarichi vengono attribuiti secondo l'ordine della graduatoria regionale di settore o, se esistente, della graduatoria di disponibilità, a seguire rispetto al medico precedentemente incaricato.

4. L'incarico di cui al comma 1 non viene conferito quando l'eccedenza degli assistibili rispetto alla somma dei massimali dei singoli medici iscritti nell'elenco dell'ambito territoriale non supera le 300 unità. In tal caso si applica il disposto dell'articolo 39, comma 3

5. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

6. Ai medici di cui al precedente comma 1, che siano chiamati a ricoprire un incarico provvisorio, l'Azienda è tenuta a concedere in uso l'eventuale struttura ambulatoriale in suo possesso, ed usualmente utilizzata, nell'ambito territoriale relativo.

7. Qualora in un ambito territoriale si determinino le condizioni previste al comma 1, l'Azienda è tenuta ad informare, entro 20 giorni dall'evento, i cittadini interessati dalla carenza di assistenza della necessità di procedere ad una nuova scelta del medico tra tutti quelli incaricati nell'ambito territoriale interessato, anche attraverso annunci sui quotidiani, manifesti nei comuni e negli altri luoghi pubblici e, ove ritenuto opportuno, mediante comunicazione diretta agli assistiti.

ART. 39 - MASSIMALE DI SCELTE E SUE LIMITAZIONI.

1. I medici iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte pari o inferiori a 1.500 unità, secondo quanto previsto per le singole fattispecie definite dal presente articolo.

2. I medici che avevano acquisito la possibilità del raggiungimento della quota individuale di 1.800 scelte ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 13 agosto 1981 rientrano nel massimale di 1.500 scelte gradualmente mediante la sospensione dell'attribuzione di nuove scelte.

3. Eventuali deroghe al massimale individuale possono essere autorizzate dalla Regione, su proposta dell'Azienda e sentito il comitato aziendale di cui all'art. 23, in relazione a particolari situazioni locali, ai sensi dell'art. 48, comma 3, punto 5, della Legge n. 833/78, e per un tempo determinato, non superiore comunque a mesi sei.

4. Nei confronti del medico che, oltre ad essere inserito negli elenchi, svolga attività orarie compatibili con tale iscrizione diverse da quelle disciplinate dal presente Accordo, il massimale di scelta è ridotto in misura proporzionale al numero delle ore settimanali che il medesimo dedica alle suddette altre attività, sulla base del disposto del successivo comma 5. Tenuto conto del disposto dell'articolo 58 del presente Accordo in materia di libera professione, l'impegno orario libero-professionale non può determinare una riduzione del massimale di scelte inferiore al rapporto ottimale.

5. Ai soli fini del calcolo del massimale individuale per i medici soggetti a limitazioni per attività a rapporto orario compatibili di cui al precedente comma 4 e per attività di libera professione strutturata si ritiene convenzionalmente che il massimale corrisponda ad un impegno settimanale equivalente a 1.500 scelte per 40 ore settimanali.

6. I medici possono autolimitare il proprio massimale, che non può essere inferiore al rapporto ottimale di cui agli Accordi regionali, come previsto all'articolo 33, comma 9. Il massimale derivante da autolimitazione non è modificabile prima di 3 anni dalla data di decorrenza della autolimitazione.

7. Le autolimitazioni inferiori già esistenti alla data di entrata in vigore del presente Accordo devono essere formalmente adeguate dal medico interessato al disposto del precedente comma 6 entro 2 mesi dalla data di entrata in vigore del presente Accordo. In difetto di tale adempimento provvede l'Azienda, che ne da comunicazione al medico interessato, anche ai fini della applicazione delle norme sulle incompatibilità di cui all'articolo 17 del presente Accordo.

8. Ai medici che fruiscono della norma di cui all'art. 1, comma 16, del D.L. n. 324/93, convertito nella legge n. 423/93, è consentita la reiscrizione negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria nell'ambito territoriale di provenienza (ambito nel quale essi erano convenzionati al momento dell'esercizio dell'opzione di cui all'art. 4, comma 7 della legge n. 412/91), alle condizioni e nei limiti previsti dalla organizzazione sanitaria, così come disposto dall'articolo 33.

9. Ai medici di cui all'art. 6, comma 1, del D.L. 14 giugno 1993 n. 187, convertito con modifiche nella legge 12 agosto 1993, n. 296 che accettano l'incarico di cui al precedente art. 34, è consentito acquisire scelte fino alla concorrenza di un massimale di 500 scelte.

10. La disposizione di cui al comma 9 non si applica ai medici che, soggetti alla norma relativa, rinunciano all'incarico compatibile entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del presente Accordo.

11. Le scelte temporanee di cui all'articolo 40, commi 5 e 12 non concorrono alla determinazione del massimale individuale.

12. Non concorrono alla determinazione del massimale individuale le scelte dei minori tra 0 e 6 anni.

13. Lo svolgimento di altre attività, anche libero-professionali, compatibili con l'iscrizione negli elenchi, non deve comportare pregiudizio al corretto e puntuale assolvimento degli obblighi del medico, a livello ambulatoriale e domiciliare, nei confronti degli assistiti che lo hanno prescelto.

ART. 40 - SCELTA DEL MEDICO.

1. La costituzione e lo svolgimento del rapporto tra medico e assistito sono fondati sul rapporto di fiducia.

2. Il rapporto di fiducia tra medico e assistito si fonda anche sulla reciproca conoscenza e sulla trasparenza dei rapporti reciproci. A tal fine, e per maggiormente radicare il rapporto tra medico e cittadino, le Aziende promuovono, sulla base di intese stipulate tra le Regioni e le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, una corretta informazione agli assistiti sulla opportunità di avviare preliminarmente alla scelta una diretta conoscenza del medico e, a margine della scelta effettuata, promuovono la informazione sull'organizzazione dei servizi aziendali e sulle modalità organizzative della medicina generale, mediante consegna della Carta dei servizi.

3. Le Aziende provvedono ad informare adeguatamente i cittadini, sullo status del medico, sul suo curriculum personale e professionale, sulle caratteristiche della attività professionale (ubicazione ed orario dello studio, aderenza a forme associative, utilizzo di procedure informatiche, disponibilità telefonica, disponibilità del personale di studio, caratteristiche strutturali e strumentali, ecc.).

4. Ciascun avente diritto, all'atto del rilascio del documento di iscrizione, sceglie direttamente per se e per i propri familiari o soggetti anagraficamente conviventi il medico di fiducia fra quelli iscritti nell'elenco, definito ai sensi dell'art. 33, relativo all'ambito territoriale di residenza.

5. Per i cittadini extracomunitari in regola con le norme in materia di soggiorno sul territorio italiano, la scelta è a tempo determinato e ha validità pari a quella del permesso di soggiorno.

6. La scelta di cui al comma 5 è automaticamente rinnovata alla scadenza anche nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno, fatta salva ogni azione di rivalsa per quote percepite anche a seguito di mancato rinnovo del permesso di soggiorno.
Il medico è obbligato alla assistenza del cittadino extracomunitario anche nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno.

7. Il figlio, il coniuge e il convivente dell'assistito già in carico al medico di medicina generale possono effettuare la scelta a favore dello stesso medico anche in deroga al massimale o quota individuale, purché anagraficamente facenti parte del medesimo nucleo familiare.

8. Le scelte in deroga, comunque acquisibili, non possono superare in nessun caso il 5% del massimale individuale del medico, fermo restando quanto previsto dell'art. 39, comma 2.

9. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

10. L'Azienda, sentito il parere obbligatorio del Comitato di cui all'art. 23 e acquisita l'accettazione del medico di scelta, consente che la scelta sia effettuata in favore di un medico iscritto in un elenco diverso da quello proprio dell'ambito territoriale in cui l'assistito è residente per esplicita richiesta di prosecuzione del rapporto fiduciario da parte dell'assistito o quando la scelta sia o diventi obbligata, oppure quando per ragioni di vicinanza o di migliore viabilità la residenza dell'assistito graviti su un ambito limitrofo e tutte le volte che gravi ed obiettive circostanze ostacolino la normale erogazione dell'assistenza.

11. La scelta per i cittadini residenti ha validità annuale, salvo revoca nel corso dell'anno, ed è tacitamente rinnovata.

12. Per i cittadini non residenti la scelta è a tempo determinato da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 1 anno, fatte salve documentate situazioni di maggiore durata del permesso di soggiorno, alla quale sarà adeguata la durata della scelta provvisoria, con contemporanea cancellazione della scelta eventualmente già in carico al medico della Azienda di provenienza del cittadino. La scelta è espressamente prorogabile.

ART. 41 - REVOCA E RICUSAZIONE DELLA SCELTA.

1. L'assistito che revoca la scelta ne dà comunicazione alla competente Azienda. Contemporaneamente alla revoca l'assistito deve effettuare una nuova scelta che, ai fini assistenziali, ha effetto immediato.

2. Modalità per garantire la continuità dell'assistenza tra medico revocato e medico scelto, nel primario interesse del cittadino, sono disciplinate nell'ambito degli Accordi Regionali.

3. Il medico che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistito può in ogni tempo ricusare la scelta dandone comunicazione alla competente Azienda. Tale ricusazione deve essere motivata da eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 8, comma 1, lett. b), D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni. Tra i motivi della ricusazione assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia. Agli effetti assistenziali la ricusazione decorre dal 16° giorno successivo alla sua comunicazione.

4. Non è consentita la ricusazione quando nell'ambito territoriale di scelta non sia operante altro medico, salvo che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilità da accertarsi da parte del Comitato di Azienda di cui all'art. 23.

5. I medici che abbiano esercitato il diritto di autolimitazione del massimale non possono avvalersi dello strumento della ricusazione per mantenersi al di sotto del limite della autolimitazione medesima.

6. Il medico di assistenza primaria può comunicare all'azienda l'avvenuto decesso del proprio assistito del quale egli abbia certificato la morte, salvo verifica presso l'anagrafe comunale di residenza dell'assistito deceduto, ai fini della cancellazione della relativa scelta e di una sollecita operazione di aggiornamento degli elenchi del medico interessato.

ART. 42 - REVOCHE D'UFFICIO.

1. Le scelte dei cittadini che, ai sensi dell'art. 7 della Legge n. 526/1982, vengono temporaneamente sospesi dagli elenchi della Azienda sono riattribuite automaticamente al medico dal momento della cessazione della sospensione temporanea, anche in deroga al massimale individuale, e fatta salva ogni altra e diversa determinazione da parte dell'assistito. A tal fine le Aziende istituiscono apposito separato elenco dei cittadini ai quali sia stata revocata d'ufficio la scelta, onde facilitarne la riattribuzione automatica.

2. In caso di eventuali ritardi nella riattribuzione della scelta di cui al precedente comma, gli effetti economici della stessa decorrono comunque, in difetto di scelta in favore di altro medico, dalla data di cessazione della sospensione. A tal proposito il medico è tenuto comunque alla assistenza del cittadino temporaneamente sospeso dagli elenchi fin dalla data di cessazione della sospensione medesima.

3. Differenti modalità di gestione delle scelte temporaneamente sospese possono essere concordate nell'ambito degli Accordi regionali.

4. La revoca della scelta da operarsi d'ufficio per morte dell'assistito ha effetto dal giorno del decesso. L'Azienda è tenuta a comunicare al medico interessato la cancellazione per decesso tempestivamente e comunque entro un anno dall'evento.

5. Nell'ambito degli Accordi regionali possono essere concordate modalità di tutela dei medici massimalisti dalla indisponibilità alla acquisizione di nuove scelte dovuta a ritardo nella comunicazione delle cancellazioni per morte di assistiti del proprio elenco.

6. In caso di trasferimento di residenza, l'Azienda presso la quale il cittadino ha effettuato la nuova scelta comunica tale circostanza all'Azienda di provenienza del cittadino stesso perché provveda alla revoca con decorrenza dalla data della nuova scelta.
Le Aziende che aggiornano l'archivio assistiti utilizzando le informazioni anagrafiche dei Comuni, possono procedere, nei casi di trasferimento ad altre Aziende, alla revoca d'ufficio.

7. L'Azienda è tenuta a comunicare detta revoca al medico ed al cittadino interessati tempestivamente e comunque entro 3 mesi dall'evento.

8. Nel caso di trasferimento di residenza in comuni di ambiti territoriali diversi all'interno della medesima Azienda, la revoca non si applica d'ufficio ma solo in presenza di una nuova scelta in favore di altro medico, con decorrenza dalla data di quest'ultima.

9. Le revoche conseguenti ai cambiamenti di residenza all'interno della Azienda e tra aziende limitrofe sono disciplinate con accordi regionali. Nel caso in cui l'ambito comunale sia comprensivo di più Aziende si intende per Azienda limitrofa il medesimo ambito comunale.

10. Le cancellazioni per doppia iscrizione decorrono dalla data della seconda attribuzione nel caso di scelta posta due volte in carico allo stesso medico. Se trattasi di medici diversi la cancellazione decorre dalla data della comunicazione al medico interessato. Tali comunicazioni sono eseguite contestualmente alle variazioni del mese di competenza.

11. Ai fini degli effetti economici relativi alle revoche d'ufficio di cui al presente articolo, l' Azienda è tenuta ad inviare al medico interessato, in uno con la comunicazione del previsto importo da ripetere, il tabulato nominativo relativo ai pazienti oggetto di revoca completo della causa e della decorrenza della revoca medesima.

12. Avverso alla richiesta di ripetizione il medico interessato può opporre motivato e documentato ricorso entro 15 giorni dalla sua comunicazione ed il Direttore Generale assume la propria deliberazione in merito entro 30 giorni dal ricevimento del ricorso.

13. Qualora l'importo complessivo richiesto dalla Azienda sia superiore al 20% dell'ammontare degli emolumenti mensili, l'Azienda può dare corso a conguaglio negativo solo in presenza di accordo in tal senso con il medico interessato.

14. La ripetizione delle somme o l'applicazione del conguaglio negativo hanno corso nella misura massima del 20% dei compensi mensili, al netto delle ritenute fiscali e previdenziali, fatto salvo eventuale differente accordo, in merito alla modalità di ripetizione delle somme, tra il medico interessato e l'Azienda.

ART. 43 - SCELTA, REVOCA, RICUSAZIONE: EFFETTI ECONOMICI.

1. Ai fini della corresponsione dei compensi la scelta, la ricusazione e la revoca decorrono dal primo giorno del mese in corso o dal primo giorno del mese successivo a seconda che intervengano entro il 15° giorno o dal 16° giorno del mese.

2. Il rateo mensile dei compensi è frazionabile in trentesimi ai fini del pagamento di eventuali frazioni di mese, quando le variazioni dipendano da trasferimento del medico o da cancellazione o sospensione del medico dall'elenco.

3. La cessazione per sopraggiunti limiti di età da parte del medico produce effetti economici dal giorno di compimento dell'età prevista.

4. Le operazioni di aggiornamento dell'elenco degli assistiti rispetto alla scelta e alla revoca sono svolte in tempo reale, qualora sia realizzabile in base alla possibilità di utilizzo di procedure informatiche.

5. Modalità differenti di gestione delle operazioni di scelta e revoca e di aggiornamento degli elenchi degli assistiti e delle comunicazioni ai medici sono oggetto di contrattazione regionale.

ART. 44 - ELENCHI NOMINATIVI E VARIAZIONI MENSILI.

1. Entro il 31 luglio ed il 31 gennaio di ogni anno le Aziende inviano ai medici l'elenco nominativo delle scelte in carico a ciascuno di essi alla data rispettivamente del 15 giugno e del 15 dicembre.

2. Le Aziende, inoltre, comunicano mensilmente ai singoli medici le variazioni nominative e il riepilogo numerico relativo alle scelte e alle revoche avvenute durante il mese precedente, allegandovi le copie delle dichiarazioni di scelta o revoca.

3. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

4. I dati di cui ai commi 1 e 2 possono essere forniti su supporto magnetico, a richiesta del medico e senza alcun onere a suo carico.

5. Le Aziende istituiscono un elenco separato delle scelte operate dai cittadini in favore di medici convenzionati in ambiti territoriali della stessa Azienda diversi da quello di residenza dell'assistito, ai sensi dell' art. 40 comma 10, del presente Accordo.

6. Tale elenco è utilizzato ai fini della determinazione del rapporto ottimale e della individuazione della carenza di medici, secondo quanto disposto dall'articolo 33, comma 11 del presente Accordo.

ART. 45 - COMPITI DEL MEDICO.

1. Le funzioni ed i compiti individuali del medico di assistenza primaria sono così individuati:

a) servizi essenziali: gestione delle patologie acute e croniche secondo la miglior pratica e in accordo con il malato, inclusi gli interventi appropriati e le azioni rilevanti di promozione della salute

b) gestione dei malati nell'ambito dell'Assistenza domiciliare programmata e integrata: assistenza programmata al domicilio dell'assistito, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa, in collegamento se necessario con l'assistenza sociale, secondo gli allegati "G" e "H";

c) assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, sulla base degli accordi regionali previsti dall'art. 53, comma 1, lett. c);

2. L'espletamento delle funzioni di cui al precedente comma 1 si realizza con:

a) il consulto con lo specialista e l'accesso del medico di famiglia presso gli ambienti di ricovero nelle sue varie fasi;

b) la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria individuale, su supporto informatico e tenuto conto di quanto previsto dall'art. 59, lettera B, ad uso del medico e ad utilità dell'assistito e del SSN, secondo standard nazionali e regionali e modalità definite nell'ambito degli Accordi regionali, nonché l'utilizzazione della Carta nazionale dei Servizi, prevista dal comma 9 art. 52 della Legge 27 Dicembre 2002, n. 289 e della tessera del cittadino secondo quando previsto dall'art. 50 della Legge 24 novembre 2003 n. 326;

c) la disponibilità per gli assistiti, nei locali dello studio medico, della carta dei servizi definita dagli Accordi regionali in merito ai compiti ed ai doveri e diritti del medico e dei cittadini;

d) la partecipazione alle forme organizzative territoriali, con le modalità e secondo quanto disposto dal successivo comma 3.

e) l'aggregazione in centri di responsabilità territoriale, distrettuali o subdistrettuali, per specifici obiettivi del Distretto;

f) le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori;

g) la certificazione di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al decreto Ministro Sanità del 28 febbraio 1983, art. 1 lettera a) e c), nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente.

h) la certificazione per l'incapacità temporanea al lavoro;

i) le certificazioni di cui all'art. 2 della legge 29 febbraio 1980, n. 33, e all'art. 15 della legge 2 aprile 1981, n. 155 sono rilasciate utilizzando i moduli allegati sub allegato "F" fatte salve eventuali modifiche degli stessi concordate ai sensi dell'art. 2, comma 1, della Legge n. 33/80 per i lavoratori del settore privato;

j) la certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi laddove previste;

k) le valutazioni multidimensionali e connesse certificazioni relative alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata, programmata e per l'inserimento nelle residenze protette, sulla base della programmazione e di quanto previsto nell'ambito degli accordi regionali;

l) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria, la conoscenza del Servizio sanitario nazionale, e regionale, (con idoneo supporto delle aziende) incluso il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e il regime delle esenzioni;

m) l'appropriatezza delle scelte assistenziali e terapeutiche, la necessità di un uso appropriato delle risorse messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale, nonché l'adesione a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale;

n) l'adesione alle campagne di vaccinazione antinfluenzale rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalla Regione e/o dalle Aziende;

o) la partecipazione ai programmi di attività e agli obiettivi, finalizzati al rispetto dei conseguenti livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e/o aziendale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Tali accordi prevedono le modalità di attuazione dei programmi, le forme di verifica e gli effetti, anche economici, del raggiungimento, o meno, degli obiettivi;

p) le prestazioni aggiuntive di cui all'allegato "D";

q) l'assistenza in zone disagiate, comprese le piccole isole sulla base delle intese regionali ed al fondo di cui all'art. 59;

r) le visite occasionali, secondo l'art. 57, comma 4;

s) le visite ambulatoriali e domiciliari a scopo diagnostico e terapeutico.

3. In merito a quanto previsto dal precedente comma 2, lettera c) sono individuate sostanzialmente due diverse tipologie di forme organizzative: funzionali e strutturali. La prima si caratterizza per la possibilità che hanno tutti i medici di parteciparvi (vedi equipe territoriali) e per la prevalenza delle attività di cure domiciliari. Per tali motivi la partecipazione a questa forma organizzativa è obbligatoria e remunerata in quota capitaria, mentre le conseguenti attività sono remunerate sulla base degli Accordi regionali. La seconda si realizza in presenza di medici associati in gruppo, UTAP o altre forme organizzative complesse delle cure primarie e necessita di strutture, attrezzature, risorse umane e strumentali idonee. La partecipazione a questa forma organizzativa è facoltativa e sperimentale. Gli accordi regionali ne definiscono modelli organizzativi, caratteristiche di attività e modalità di remunerazione.

4. Sono, inoltre, obblighi e compiti del medico:
a) l'adesione alle sperimentazioni delle équipes territoriali di cui all'art. 26;
b) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio Sanitario Nazionale nonché del corretto uso del farmaco nell'ambito della quotidiana attività assistenziale, fatta salva la partecipazione a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale, nei confronti dei cittadini attraverso la loro sensibilizzazione alle tematiche concernenti in particolare:
   - l'osservanza di comportamenti e stili di vita positivi per la salute;
   - la donazione di sangue, plasma e organi;
   - la cultura dei trapianti;
   - il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e il regime delle esenzioni;
   - l'esenzione dalla partecipazione alla spesa in relazione a particolari condizioni di malattia;
   - la necessità di un uso appropriato delle risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale;
c) l'obbligo di effettuazione delle vaccinazioni antinfluenzali nell'ambito di campagne vaccinali rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalle Aziende, con modalità concordate;

d) l'adesione ai programmi di attività e agli obiettivi, finalizzati al rispetto dei conseguenti livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e aziendale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Tali accordi prevedono le modalità di attuazione dei programmi, le forme di verifica e gli effetti del raggiungimento, o meno, degli obiettivi.

ART. 46 – FONDO A RIPARTO PER LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA.

1. E' istituito in ogni singola Regionale un fondo a riparto per la retribuzione degli istituti soggetti ad incentivazione come definiti dall'art. 59 lettera B.

2. Il fondo è finalizzato ad incentivare assetti organizzativi, strutturali e obiettivi assistenziali di qualità dell'assistenza primaria.

3. È demandata alla contrattazione regionale la definizione di ulteriori contenuti e delle modalità di attuazione, secondo quanto definito dall'art. 14 del presente Accordo.

ART. 47 - VISITE AMBULATORIALI E DOMICILIARI.

1. L'attività medica viene prestata nello studio del medico o a domicilio, avuto riguardo alla non trasferibilità dell'ammalato.

2. Le visite domiciliari e ambulatoriali, in presenza di unità di cure primarie o di forme associative complesse (equipe territoriale, medicina di gruppo), fermo restando i compiti individuali e la individualità del rapporto di fiducia, sono organizzate dai gruppi stessi tenendo conto, nel rapporto con l'utenza, di una offerta di servizi coerente con il principio della continuità della assistenza e di presa in carico globale della persona.

3. La visita domiciliare deve essere eseguita di norma nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore dieci; ove invece, la richiesta pervenga dopo le ore dieci, la visita dovrà essere effettuata entro le ore dodici del giorno successivo. E' a cura del medico di assistenza primaria la modalità organizzativa di ricezione delle richieste di visita domiciliare.

4. A cura della Azienda e del medico di assistenza primaria tale regolamentazione è portata a conoscenza degli assistiti.

5. La chiamata urgente recepita deve essere soddisfatta entro il più breve tempo possibile. A tal fine i medici di assistenza primaria che operano in forma associata possono organizzare la risposta clinica secondo modalità organizzative proprie, anche sulla base di quanto previsto al comma 2.

6. Nelle giornate di sabato il medico non è tenuto a svolgere attività ambulatoriale, ma è obbligato ad eseguire le visite domiciliari richieste entro le ore dieci dello stesso giorno, nonché, quelle, eventualmente non ancora effettuate, richieste dopo le ore dieci del giorno precedente.

7. Nei giorni prefestivi valgono le stesse disposizioni previste per il sabato, con l'obbligo però di effettuare attività ambulatoriale per i medici che in quel giorno la svolgono ordinariamente al mattino.

8. Gli accordi regionali possono disciplinare, per particolari necessità assistenziali, ulteriori e differenti modalità di effettuazione delle visite domiciliari e dell'accesso agli studi professionali, collegate alla reperibilità del medico, all'orario di ambulatorio e alla richiesta delle visite domiciliari.

ART. 48 - CONSULTO CON LO SPECIALISTA.

1. Il consulto con il medico specialista può essere attivato dal medico di assistenza primaria qualora lo ritenga utile per la salute del paziente.

2. Esso viene attuato di persona dallo specialista e dal medico presso gli ambulatori pubblici nell'ambito territoriale della Azienda del paziente.

3. Il consulto, previa autorizzazione della Azienda, può essere attuato, su richiesta motivata del medico di assistenza primaria, anche presso il domicilio del paziente.

4. Il medico e lo specialista concordano i modi e i tempi di attuazione del consulto nel rispetto delle esigenze dei servizi della Azienda.

5. Qualora lo specialista ritenga necessario acquisire ulteriori notizie riguardanti il paziente, può mettersi in contatto con il medico di famiglia che è impegnato a collaborare fornendo tutti gli elementi utili in suo possesso.

6. I medici che operano in forme associative complesse (equipe territoriali e medicina di gruppo) ed in Unità di cure primarie (UTAP), possono organizzare la risposta al bisogno di prestazioni specialistiche, anche sotto forma di consulto, mediante l'accesso diretto del medico specialista dipendente o convenzionato nella sede della forma associativa per la erogazione delle prestazioni e delle consulenze ritenute necessarie. Fatto salvo il rispetto degli standard definiti dalle legge, tali attività sono disciplinate dagli Accordi regionali.

ART. 49 – RAPPORTI TRA IL MEDICO DI FAMIGLIA E L'OSPEDALE.

1. Nello spirito e nel progressivo impegno alla presa in carico del proprio assistito, il medico di assistenza primaria, che ha cognizione di tutti i momenti della attività sanitaria in favore del proprio assistito, si prende cura della persona malata nell'accesso all'ospedale, può partecipare alla fase diagnostica, curativa e riabilitava, direttamente o mediante l'accesso al sistema informatico. Le aziende sanitarie locali hanno l'obbligo di porre in essere tutte le azioni atte a garantire al medico di fiducia la continuità della presa in carico della persona in tutti i momenti dei percorsi assistenziali nei servizi aziendali, territoriali ed ospedalieri. Le regioni istruiscono in modo analogo le attività delle Aziende ospedaliere.

2. I Direttori generali di Aziende ospedaliere o di Aziende nel cui territorio insistono uno o più presidi ospedalieri, previo accordo tra loro quando necessario, sentito il Comitato aziendale di cui all'art. 23 e il Direttore sanitario, d'intesa col dirigente medico di cui all'art. 61, adottano pertanto, anche in ottemperanza al disposto dell'art. 15-decies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, i provvedimenti regolamentari, comprensivi degli aspetti organizzativi, necessari ad assicurare:

a) il dovuto accesso del medico di famiglia ai presidi ospedalieri della stessa azienda in fase di accettazione, di degenza e di dimissioni del proprio paziente;
b) le modalità di comunicazione tra ospedale e medico di famiglia in relazione all'andamento della degenza e alle problematiche emergenti in corso di ricovero, anche mediante la messa a punto di idonei strumenti telematici ed informatici;
c) il rispetto da parte dei medici dell'ospedale delle norme previste in materia prescrittiva dalle note AIFA, delle disposizioni in materia di esenzione dalla partecipazione alla spesa di cui al Decreto Ministeriale 329/99 e successive modificazioni e delle modalità di prescrizione previste dall'articolo 50 della legge 326/2003;
d) il rispetto delle norme in materia di prescrizione diretta dei controlli programmati entro i 30 gg dalla dimissione e della esenzione per le indagini da eseguirsi in funzione del ricovero programmato.

3. In particolare il Direttore Generale deve garantire che il medico di famiglia riceva dal reparto ospedaliero la relazione clinica di dimissioni contenente la sintesi dell'iter diagnostico e terapeutico ospedaliero nonché i suggerimenti terapeutici per l'assistenza del paziente a domicilio.

4. Particolare attenzione sarà posta, ove le disposizioni regionali ed aziendali le prevedano, alla consegna da parte dell'ospedale delle confezioni terapeutiche, anche start, all'atto della dimissione ospedaliera, al fine di evitare la discontinuità terapeutica o il ritardato avvio di una nuova terapia.

5. In caso di trasferimento dell'assistito presso il proprio domicilio in regime di dimissione protetta, ferme restando eventuali competenze del reparto ospedaliero in materia di assistenza diretta del paziente, il dirigente del reparto concorda col medico di famiglia gli eventuali interventi di supporto alla degenza domiciliare ritenuti necessari, anche nella prospettiva di passaggio del paziente in regime di assistenza domiciliare integrata o programmata.

6. In ogni caso il medico di medicina generale nell'interesse del proprio paziente può accedere, qualora lo ritenga opportuno, in tutti gli ospedali pubblici e le case di cura convenzionate o accreditate anche ai fini di evitare dimissioni improprie con il conseguente eccesso di carico assistenziale a livello domiciliare.

7. Al fine di garantire un rapporto di collaborazione trasparente tra i medici del presidio ospedaliero ed i medici di medicina generale convenzionati, può essere istituita a livello aziendale, da parte del Direttore Generale della Azienda USL o ospedaliera, una commissione, con funzioni di supporto alla Direzione Generale, composta dai medici di medicina generale presenti nei vari Uffici di Coordinamento delle attività distrettuali, medici ospedalieri e funzionari dirigenti medici della Azienda, con il compito di esaminare e proporre adeguate soluzioni ad eventuali cause di disservizio e di conflitto nei rapporti tra ospedale e territorio.

8. In particolare sulla base di indirizzi regionali l'Azienda promuove e realizza, d'intesa con i sindacati maggiormente rappresentativi e con le Associazioni di tutela dei cittadini, tutti gli adempimenti necessari a rendere trasparenti i meccanismi di inserimento dei cittadini nelle liste d'attesa dei ricoveri ordinari, dei ricoveri d'elezione, dei ricoveri in Day Hospital. Promuove inoltre criteri e condizioni di equità nella realizzazione delle liste d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ospedaliera.

9. Le finalità di cui al comma 8 sono realizzate anche avvalendosi della commissione di cui al comma 7.

10. Ulteriori contenuti, competenze e modalità organizzative in materia di accesso del medico di assistenza primaria ai luoghi di ricovero ospedaliero, sono oggetto di contrattazione nell'ambito degli Accordi regionali ed aziendali.

ART. 50 - ASSISTENZA FARMACEUTICA E MODULARIO.

1. La prescrizione di medicinali avviene, per qualità e quantità, secondo scienza e coscienza, con le modalità stabilite dalla legislazione vigente nel rispetto del prontuario terapeutico nazionale, così come riclassificato dall'art. 8, comma 10, della legge 24.12.1993, n. 537 e successive integrazioni e modificazioni.

2. Il medico può dar luogo al rilascio della prescrizione farmaceutica anche in assenza del paziente, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente.

3. Nell'ambito degli Accordi regionali possono essere concordate sperimentazioni riguardanti modalità e procedure, compresa la multiprescrizione nel rispetto dei tetti di spesa e della normativa nazionale riguardante la materia, idonee a snellire gli adempimenti dei medici e alleviare i disagi dei cittadini oltre che a consentire una migliore raccolta dei dati.

4. Il medico è tenuto alla compilazione della ricetta secondo le norme di legge vigenti. Eventuali particolari modalità di annotazione del diritto, o meno, all'esenzione e di quant'altro necessario, anche legate alle metodiche locali di rilevazione dei dati, sono definite con accordi regionali.

6. La necessità della erogazione di presidi, siringhe e prodotti dietetici e di ogni altro ausilio viene proposta una volta all'anno da parte del medico di assistenza primaria alla Azienda. L'erogazione ed il relativo eventuale frazionamento sono disposti dalla Azienda secondo modalità organizzative fissate dalla regione.

7. La prescrizione farmaceutica è di norma erogata dal medico di medicina generale, salvo quanto previsto dalle norme regionali ai sensi dell'art. 50 della legge 326/2003.

8. La prescrizione farmaceutica e specialistica su modulario del SSN può essere effettuata solo nei confronti dei cittadini che abbiano preventivamente esercitato il diritto di scelta del medico di medicina generale.

ART. 51 - RICHIESTA DI INDAGINI SPECIALISTICHE, PROPOSTE DI RICOVERO O DI CURE TERMALI.

1. Il medico di famiglia, ove lo ritenga necessario, formula richiesta di visita, indagine specialistica, prestazione specialistica o proposta di ricovero o di cure termali.

2. La richiesta di indagine, prestazione o visita specialista deve essere corredata dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico. Essa può contenere la richiesta di consulto specialistico secondo le procedure previste dall'art. 48.

3. Il medico può dar luogo al rilascio della richiesta o prescrizione di indagine specialistica anche in assenza del paziente, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente stesso.

4. Lo specialista formula esauriente risposta al quesito diagnostico, con l'indicazione "al medico curante".

5. Qualora lo specialista ritenga opportuno richiedere ulteriori consulenze specialistiche, o ritenga necessarie ulteriori indagini per la risposta al quesito del medico curante, formula direttamente le relative richieste sul modulario previsto dalla legge 326/2003.

6. Gli assistiti possono accedere nelle strutture pubbliche, senza la richiesta del medico curante, alle seguenti specialità: odontoiatria, ostetricia e ginecologia, pediatria, psichiatria, oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche, attività dei servizi di prevenzione e consultoriali.

7. Per quanto attiene ai rapporti con i medici specialisti, anche in attuazione dei precedenti commi 5 e 6 e nel rispetto del disposto della legge 326/2003 e dei successivi decreti attuativi, le Aziende emanano disposizioni per la prescrizione diretta sul ricettario regionale da parte dello specialista di eventuali indagini preliminari agli esami strumentali, di tutti gli approfondimenti necessari alla risposta al quesito diagnostico posto, degli accertamenti preliminari a ricoveri o a interventi chirurgici, nonché della richiesta delle prestazioni da eseguire entro 30 giorni dalla dimissione o dalla consulenza specialistica. Trascorso tale termine i controlli programmati saranno proposti al medico di assistenza primaria.

8. Le norme di cui al precedente comma 7 devono essere osservate, anche al fine dell'applicazione degli accordi relativi al rispetto dei livelli di spesa programmati.

9. La proposta di ricovero ordinaria deve essere accompagnata da una apposita scheda compilata dal medico curante (allegato E) che riporti i dati relativi al paziente estratti dalla scheda sanitaria individuale.

10. Il modulario di cui all'art. 50, salvo il disposto del successivo art. 52, è utilizzato anche per le certificazioni della presente convenzione, per le proposte di ricovero e di cure termali e per le richieste di prestazioni specialistiche, nonché per le richieste di trasporto sanitario in ambulanza sulle quali il medico annota la diagnosi del soggetto.

11. Tenuto conto di quanto previsto dall'art. 1, comma 6, del Decreto Ministeriale 30 giugno 1997, pubblicato nel supplemento ordinario alla G.U. n. 209 dell'8 settembre 1997, le indagini preliminari al ricovero programmato in strutture pubbliche o private accreditate, non facenti parte del percorso diagnostico attivato autonomamente dal medico di assistenza primaria e direttamente riconducibili al DRG previsto, non sono oggetto di prescrizione da parte del medico stesso sul modulario del SSN.

ART.52 - CERTIFICAZIONE DI MALATTIA PER I LAVORATORI.

1. Le certificazioni di cui all'art. 2 della legge 29 febbraio 1980, n. 33, e all'art. 15 della legge 23 aprile 1981, n. 155, sono rilasciate dal medico di fiducia del lavoratore utilizzando i moduli allegati sub allegato "F" fatte salve eventuali modifiche degli stessi concordate ai sensi dell'art. 2, comma 1, della Legge n. 33/80. La certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi fa parte dei compiti di cui all'art. 45, comma 2.

2. Le certificazioni relative ad assenza dal lavoro rilasciate da medici diversi da quelli di libera scelta, siano essi del servizio pubblico o liberi professionisti, sono valide ai fini della giustificazione dell'assenza del lavoratore dipendente per malattia, in quanto contenenti gli elementi identificativi del medico e del lavoratore e la prognosi, così come disposto dalla circolare INPS 99/96 del 13.5.1996.

3. Le certificazioni relative ad assenze dal lavoro connesse o dipendenti da prestazioni sanitarie eseguite da medici diversi da quelli di libera scelta non spettano al medico di fiducia, che non è tenuto alla trascrizione.

ART. 53 - ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA.

1. L'assistenza domiciliare programmata, erogata anche secondo indirizzi e modalità operative definiti a livello regionale costituisce, come previsto dall'art. 32, comma 2, livello assistenziale da garantire al cittadino da parte del medico iscritto negli elenchi. Le seguenti forme di assistenza domiciliare programmata, sono assicurate con interventi a domicilio di:
a) assistenza domiciliare integrata (ADI);
b) assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (ADP);
c) assistenza domiciliare nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettività (ADR).

2. L'erogazione dell'assistenza nell'ambito degli istituti di cui al comma 1, lettere a) e b), è disciplinata dai protocolli allegati sotto le lettere G) e H) del presente Accordo e fino a che essi non siano sostituiti da protocolli definiti nell'ambito degli Accordi regionali, secondo il disposto del successivo comma 3. L'istituto di cui lettera c) è disciplinato nell'ambito degli accordi rimessi alla trattativa regionale.

3. È demandata alla contrattazione regionale la definizione degli interventi, degli ulteriori contenuti e delle modalità di attuazione, secondo quanto diposto dall'art. 14 del presente Accordo.

ART. 54 – FORME ASSOCIATIVE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA.

1. Il presente articolo disciplina le attività dei medici di medicina generale convenzionati nell'ambito delle forme associative, ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera c) ed f), del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

2. Al fine di:
a) facilitare il rapporto tra cittadino e medico di libera scelta, nonché lo snellimento delle procedure di accesso ai diversi servizi della Azienda,
b) garantire un più elevato livello qualitativo e una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate, anche attraverso l'attivazione di ambulatori dedicati al monitoraggio di patologie croniche ad alta prevalenza individuate concordemente a livello aziendale;
c) realizzare adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure anche attraverso modalità di integrazione professionale tra medici;
d) perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei medici di medicina generale con i servizi e le attività del Distretto in coerenza con il programma delle attività distrettuali e quale parte integrante delle equipes territoriali di cui all'art. 26, se costituite;
e) realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità, da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività dei medici di medicina generale, anche prevedendo la presenza di almeno uno studio nel quale i medici associati svolgono a rotazione attività concordate;
f) perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione della attività professionale;
g) condividere ed implementare linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza e attuare momenti di verifica periodica;

i medici di medicina generale, possono concordare tra di loro e realizzare forme di lavoro associativo, secondo, i principi, le tipologie le modalità indicate ai successivi commi.

3. Le forme associative oggetto del presente articolo sono distinte in:
- forme associative, che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale delle strutture di più professionisti, per sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di essi;
- forme associative, quali società di servizio, anche cooperative, i cui soci siano per statuto permanentemente in maggioranza medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta iscritti negli elenchi della Azienda, o dei comuni comprendenti più Aziende, in cui esse operano e che garantiscono anche le modalità operative di cui al comma precedente. In ogni caso dette società di servizio non possono fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici.

4. Le forme associative dell'attività di assistenza primaria di cui alla lettera a) del comma 3 sono ispirate ai seguenti criteri generali:
a) la forma associativa è libera, volontaria e paritaria fra i medici partecipanti;
b) l'accordo che costituisce la forma associativa, stipulato sulla base dei criteri definiti dal presente articolo, è liberamente concordato tra i medici partecipanti e depositato presso la Azienda e l'Ordine dei Medici di competenza; i medici aderenti alla associazione sono tenuti a comunicare ai cittadini iscritti nei propri elenchi le forme e le modalità organizzative dell'associazione anche al fine di facilitare l'utilizzazione dei servizi offerti;
c) della forma associativa possono far parte:
    - medici che svolgono l'attività di medico convenzionato ai sensi del presente Capo, e che operano all'interno del medesimo ambito territoriale di scelta di cui all'articolo 33 del presente Accordo, nei limiti fissati dalla successiva lettera c);
    - medici di continuità assistenziale;
    - medici pediatri di libera scelta;
d) la sede rappresentativa della forma associativa è unica ed è indicata dai suoi componenti;

c) la forma associativa è costituita da un numero di medici di assistenza primaria non inferiore a 3 e non superiore a quanto previsto dai commi 7, 8 e 9. Le forme associative composte da soli due medici e già in essere all'atto di pubblicazione del presente Accordo sono fatte salve, se previste dagli Accordi Regionali e fino a che le rispettive condizioni associative restino immutate. Gli Accordi regionali disciplinano modalità e tempi per l'adeguamento delle forme associative costituite da soli due medici ai criteri di cui al presente articolo;
f) ciascun medico può aderire ad una sola delle forme associative di cui al successivo comma 6;
g) fatto salvo il principio della libera scelta del medico da parte dell'assistito e del relativo rapporto fiduciario individuale, ciascun partecipante alla forma associativa si impegna a svolgere, secondo l'accordo di cui alla lettera b), la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa medesima, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;
h) nell'ambito della forma associativa devono prevedersi le modalità di erogazione delle prestazioni incentivanti e/o aggiuntive, previste da Accordi nazionali, regionali e/o aziendali;
i) ciascun medico aderente alla forma associativa garantisce una presenza nel rispettivo studio per cinque giorni la settimana. Qualora il medico sia impegnato in altre attività previste dall'Accordo Nazionale, come consulti con specialisti, accessi in luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non ambulabili, partecipazione a incontri o convegni formativi, tale presenza può essere limitata a quattro giorni la settimana;
j) fermi restando per ciascun medico gli obblighi previsti all'art. 36, gli orari dei singoli studi devono essere coordinati tra di loro in modo da garantire complessivamente una disponibilità all'accesso per un arco di almeno 6 ore giornaliere, distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio, secondo un congruo orario determinato dai medici in rapporto alle esigenze della popolazione assistita e alla effettiva accessibilità degli studi, anche tenendo conto delle condizioni geografiche e secondo quanto stabilito all'art. 36, comma 5. Nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi, ad estensione di quanto previsto dall'art. 47, comma 6 e fatto salvo quanto previsto in materia di continuità assistenziale dal Capo III del presente Accordo, deve essere assicurata da parte di almeno uno dei medici associati la ricezione delle richieste di visite domiciliari, anche mediante la disponibilità di mezzi e strumenti che consentano all'assistito una adeguata comunicazione con il medico;
k) i medici della forma associativa realizzano il coordinamento della propria attività di Assistenza domiciliare, in modo tale da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più medici della associazione o, eventualmente, nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalità previste dal presente Accordo in materia di recepimento delle chiamate;
l) a ciascun medico della forma associativa vengono liquidate le competenze relative alle scelte di cui è titolare;
m) non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno della forma associativa senza la preventiva accettazione da parte del medico destinatario della nuova scelta, salvaguardando in ogni caso la possibilità da parte del cittadino di effettuare un'altra scelta nello stesso ambito territoriale;
n) all'interno della forma associativa può adottarsi il criterio della rotazione interna per ogni tipo di sostituzione inferiore a 30 giorni, anche per quanto concerne la partecipazione a congressi, corsi di aggiornamento o di formazione permanente, ecc., allo scopo di favorire una costante elevazione della professionalità;
o) la suddivisione delle spese di gestione dello studio viene liberamente concordata tra i componenti della forma associativa;
p) devono essere previste riunioni periodiche fra i medici costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali la forma associativa medesima abbia aderito;

q) all'interno della forma associativa deve essere eletto un delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale, particolarmente per quanto previsto alla precedente lettera p), con il direttore del Distretto e con la componente rappresentativa della medicina generale nell'Ufficio di Coordinamento delle attività Distrettuali, oltre che di rappresentanza organizzativa e deontologica rispettivamente nei confronti della Azienda e dell'Ordine dei medici;
r) in caso di conflitti insorti in seno alla forma associativa sono arbitri:
  - per le questioni deontologiche, l'Ordine provinciale dei medici;
  - per le questioni contrattuali, il Comitato di cui all'art 24;
s) l'azienda, ricevuto l'atto costitutivo, ne verifica i requisiti di validità e, entro 15 giorni, ne prende atto con provvedimento del Direttore generale. Gli effetti economici decorrono dal ricevimento dell'atto costitutivo.

5. Ai sensi di quanto disposto dall'art. 8, comma 1, lettera c), del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni e tenuto conto delle norme in materia di libera professione previste dal presente Accordo, non possono far parte delle forme associative di cui al successivo comma 6 i medici di assistenza primaria che svolgano attività di libera professione strutturata per un orario superiore a quello previsto dall'art. 58, comma 5.

6. Le forme associative disciplinate dalla lettera a) del comma 3 sono:
A. La medicina in associazione.
B. La medicina in rete.
C. La medicina di gruppo.

7. Oltre alle condizioni previste dal comma 4, la medicina in associazione si caratterizza per:
a) la distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, non vincolati a sede unica, coerenti con l'articolazione territoriale del distretto;
b) la chiusura pomeridiana di uno degli studi della associazione non prima delle ore 19,00;
c) il numero dei medici associati non superiore a quelli del relativo ambito territoriale di scelta di cui all'art. 33 del presente Accordo e comunque non superiore a 10. Tale limite non opera, ed è elevato di 4 unità, quando nell'ambito di cui sopra, una volta costituita la forma associativa, residui un numero minimo di medici tale da non consentire di costituirne una nuova;
d) la condivisione e l'implementazione di linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza;
e) la realizzazione di momenti di revisione della qualità delle attività e della appropriatezza prescrittiva interna all'associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dall'associazione.

8. La medicina in rete, oltre al rispetto delle condizioni previste al comma 4, si caratterizza per:
a) la distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, non vincolati a sede unica, coerenti con l'articolazione territoriale del distretto. Possono essere presenti, inoltre, uno o più studi nel quale i medici associati svolgano a rotazione attività concordate;
b) la gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili;
c) il collegamento reciproco degli studi dei medici con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione;
d) l' utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione di momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla associazione;
e) la chiusura pomeridiana di uno degli studi della rete non prima delle ore 19,00;

f) il numero dei medici associati non superiore a quelli del relativo ambito territoriale di scelta di cui all'art. 33 del presente Accordo e comunque non superiore a 10. Tale limite non opera, ed è elevato di 4 unità, quando nell'ambito di cui sopra, una volta costituita la forma associativa, residui un numero minimo di medici tale da non consentire di costituirne una nuova.

9. Oltre alle condizioni previste al comma 4, la medicina di gruppo si caratterizza per:
a) la sede unica del gruppo articolata in più studi medici, ferma restando la possibilità che singoli medici possano operare in altri studi del medesimo ambito territoriale ma in orari aggiuntivi a quelli previsti, nella sede principale, per l'istituto della medicina di gruppo;
b) la presenza nella sede del gruppo di un numero di studi pari almeno alla metà dei medici componenti il gruppo stesso, con possibilità di un uso promiscuo degli stessi, sia pure in orari differenziati. Il numero degli studi di cui sopra viene arrotondato alla unità superiore in caso di coefficiente frazionale nel relativo calcolo;
c) l'utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni, anche eventualmente in spazi predestinati comuni;
d) l'utilizzo da parte dei componenti il gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, secondo un accordo interno;
e) la gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e collegamento in rete dei vari supporti;
f) l'utilizzo di software per la gestione della scheda sanitaria tra loro compatibili;
g) l'utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, predisposto per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali c/o aziendali, nonché per la realizzazione di attività di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla forma associativa e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati della forma associativa;
h) il numero di medici associati non superiore a 8.

10. I medici di assistenza primaria convenzionati ai sensi del presente Accordo possono aderire a forme associative di cui al comma 3 lettera b), anche ove esse associno tutti i medici di assistenza primaria appartenenti alla stessa Azienda, ferma restando l'appartenenza funzionale per i compiti convenzionali ai rispettivi ambiti territoriali di scelta.

11. Per essere riconosciute quali forme associative di cui al comma 3, lettera b), della medicina generale convenzionata ai sensi del presente Accordo, le stesse debbono essere ispirate ai criteri generali previsti al comma 4 lettere a), b), d), g), h), k), l), n), p), q), r) e prevedere l'organizzazione dell'attività dei propri medici associati, secondo gruppi relativi ai rispettivi ambiti territoriali di scelta e mediante un adeguamento di tali gruppi alle condizioni normative previste dalle lettere c), e), o) ed alle condizioni previste dal comma 8.

12. Alle forme associative di cui al comma 3, lettera b), possono essere associati medici aderenti a forme associative tra quelle di cui alla lettera a), mantenendone i relativi obblighi organizzativi e diritti economici, fermo restando il disposto di cui alla lettera f) del comma 4, e senza ulteriore incentivazione di associazionismo.

13. Nell'ambito degli Accordi Regionali stipulati con i sindacati maggiormente rappresentativi, possono essere individuate forme organizzative, caratteristiche aggiuntive, attività integrative per le forme associative di cui al presente articolo, definendone anche i relativi compensi integrativi.

14. I medici di medicina generale, per l'espletamento dei compiti e delle prestazioni previste dal presente Accordo, da Accordi regionali o aziendali, nonché delle attività libero professionali consentite, possono avvalersi di strutture e servizi forniti dalle società definite alla lettera b) del comma 3 del presente articolo, in particolare per quanto concerne:
a) sedi associative, studi professionali, poliambulatori;
b) beni strumentali;
c) servizi informativi, formativi, organizzativi e gestionali;

d) servizi informatici, telematici, di raccolta dati e telemedicina;
e) servizi di verifica e revisione di qualità;
f) ogni altro bene o servizio, ritenuto appropriato a perseguire gli obiettivi assistenziali previsti dalla programmazione nazionale e regionale, individuato nell'ambito degli Accordi regionali. In ogni caso è da escludersi la fornitura di prestazioni sanitarie.

15. La semplice appartenenza ad una forma associativa di cui alla lettera b) del comma 3 non comporta per il medico il riconoscimento di alcun incentivo, fatto salvo quanto disposto in merito da Accordi regionali già esistenti alla data di pubblicazione del presente Accordo e stipulati ai sensi del D.P.R. 270 del 2000.

16. Le forme associative di cui al precedente comma 3, pur non potendo assumere carattere di soggetto contrattuale rispetto alla definizione dei bisogni assistenziali, anche in termini di tipologia, di quantità, di qualità e di modalità dei servizi da disporre per gli assistiti e per i medici di medicina generale, che rimane di esclusiva competenza dei sindacati firmatari dell'ACN, sono riconosciute quali soggetti qualificati a proporre e promuovere iniziative e progetti assistenziali da sottoporre alla contrattazione tra le parti, nell'ambito degli Accordi regionali e Aziendali di cui al presente Accordo, anche mediante il soggetto di cui al comma 4, lettera q).

17. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione del presente articolo, secondo quanto disposto dall'art. 14.

ART. 55 - INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI.

1. Il medico di famiglia sulla base della conoscenza del quadro anamnestico complessivo dell'assistito derivante dall'osservazione prolungata dello stesso anche in rapporto al contesto familiare, riferito oltreché alle condizioni sanitarie, anche a quelle sociali ed economiche, ove lo ritenga necessario segnala ai servizi sociali individuati dall'Azienda l'esigenza di intervento dei servizi socio-assistenziali.

2. La natura e la tipologia degli interventi conseguenti alla segnalazione di cui al comma precedente sono assunti, se necessario, secondo un programma specifico ed in accordo col medico di famiglia dell'assistito.

ART. 56 - COLLEGAMENTO CON I SERVIZI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.

1. Il medico di famiglia valuta, secondo scienza e coscienza, l'opportunità di lasciare brevi note esplicative presso quegli assistiti le cui particolari condizioni fisio-patologiche suggeriscano eventuali accorgimenti nell'esplicazione di interventi di urgenza da parte di medici addetti al servizio di continuità assistenziale.

2. Nell'ambito degli Accordi regionali, possono essere concordate apposite linee guida, ad uso dei medici di assistenza primaria, sulla definizione delle caratteristiche di quegli assistiti per i quali si ritenga di dover rendere disponibili, presso il domicilio del paziente, la documentazione ritenuta necessaria ai fini di una corretta assistenza sanitaria da parte dei medici di continuità assistenziale.

3. Nel caso di attività in forma associativa in equipe, o unità di cure primarie o Utap, i medici di continuità assistenziale, hanno accesso a tutte le informazioni inerenti gli assistiti di tutta l'unità, utili al loro operato, a partire dalle schede sanitarie individuali e in tutte le fasi di eventuali percorsi nei diversi poli di assistenza dell'Azienda di riferimento.
Tale accesso è passivo e attivo nei limiti delle relative responsabilità professionali.

4. Tutti i medici della forma associativa di cui al comma 3 hanno il dovere di tracciare il proprio intervento professionale sulla scheda sanitaria dell'assistito, sia essa cartacea che informatica.

ART. 57 - VISITE OCCASIONALI.

1. I medici di assistenza primaria iscritti negli elenchi sono tenuti a prestare la propria opera in regime di assistenza diretta solo nei confronti degli assistiti che li hanno preventivamente scelti.

2. I medici, tuttavia, prestano la propria opera in favore dei cittadini che, trovandosi eccezionalmente al di fuori del proprio Comune di residenza, ricorrano all'opera del medico.

3. Le visite di cui al comma 2 sono compensate direttamente dall'assistito con le seguenti tariffe omnicomprensive:
- visita ambulatoriale: €. 15,00
- visita domiciliare: €. 25,00

4. Al medico convenzionato che effettua le visite ambulatoriali e domiciliari a favore dei cittadini stranieri in temporaneo soggiorno in Italia che esibiscono il prescritto documento comprovante il diritto all'assistenza sanitaria a carico del Servizio Sanitario pubblico, sono attribuiti gli stessi compensi di cui al precedente comma. In tal caso il medico notula alla Azienda di iscrizione le anzidette prestazioni utilizzando il modulo di cui all'allegato "D" su cui annota gli estremi del documento sanitario, il nome e cognome dell'avente diritto e il tipo di prestazione effettuata.

5. Le Regioni, nel rispetto delle norme vigenti e nell'ambito degli Accordi Regionali, stabiliscono gli eventuali interventi assistenziali a favore dei soggetti che fruiscono delle visite occasionali e possono prevedere il pagamento delle stesse al medico interessato da parte delle Aziende. Nell'ambito degli Accordi regionali, possono essere individuate ulteriori e differenti modalità di erogazione e di retribuzione delle visite occasionali di cui al presente articolo.

6. Nell'espletamento delle visite occasionali di cui al presente articolo, il medico è tenuto a utilizzare, il modello prescrizione-proposta del SSN secondo le disposizioni vigenti, indicando la residenza dell'assistito.

ART. 58 - LIBERA PROFESSIONE.

1. La libera professione è esercitata secondo le norme del presente articolo.

2. Fermo restando quanto previsto dall'art. 19, comma 2, al di fuori degli obblighi, dei compiti e delle funzioni previsti agli artt. 29 e 45 del presente Accordo, nonché degli accordi regionali ed aziendali, al medico iscritto negli elenchi è consentito svolgere attività di libera professione onorata dal paziente anche nei confronti dei propri assistiti e nei confronti degli assistiti dei medici eventualmente operanti nella medesima forma associativa.

3. Si definisce attività libero professionale:
a) strutturata, quella espletata in forma organizzata e continuativa al di fuori degli orari di studio dedicati all'attività convenzionale che comporta un impegno orario settimanale definito;
b) occasionale, quella occasionalmente esercitata in favore del cittadino e su richiesta dello stesso, di norma al di fuori degli orari di apertura dello studio.

4. Al fine di eventuali limitazioni di massimale e per il rispetto di quanto previsto dal presente Accordo, il medico che eserciti libera professione strutturata è tenuto a comunicare entro 30 giorni dal suo avvio le seguenti modalità di esercizio dell'attività libero professionale:
a) la data di avvio;
b) l'ubicazione dello studio professionale e/o l'azienda presso la quale è espletata l'attività di medico del lavoro o equiparata;
c) i giorni e gli orari di attività;
d) le prestazioni di cui al comma 9 che intende espletare;
e) la dichiarazione che l'attività svolta in regime libero-professionale non comporta pregiudizio allo svolgimento degli obblighi convenzionali.

5. L'attività libero professionale strutturata e occasionale, non deve recare pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio e al domicilio del paziente.

6. L'attività libero professionale strutturata quando comporta un impegno orario inferiore alle 5 ore settimanali entro i limiti previsti dal comma 5, non comporta la limitazione del massimale stabilita dal comma 4 dell'art. 39.

7. Tale limitazione, pari a 37,5 scelte per ogni ora, interviene quando l'impegno orario settimanale supera il limite orario di cui al comma 6.

8. L'attività libero-professionale occasionale svolta dal medico convenzionato di assistenza primaria non può essere valutata in alcun modo ai fini della limitazione del massimale.

9. Fermo restando quanto previsto dall'art. 19, comma 2, i medici iscritti negli elenchi possono svolgere attività di libera professione strutturata nei confronti dei propri assistiti per le categorie di prestazioni di seguito specificate:
a) prestazioni non comprese nei compiti e nelle attività previsti dagli artt. 29 e 45, del presente accordo;
b) prestazioni professionali, anche comportanti l'impiego di supporti tecnologici e strumentali, diagnostici e terapeutici, non esplicitamente previste fra le prestazioni aggiuntive di cui all'allegato D o fra quelle retribuite in base a percorsi assistenziali previsti da accordi regionali od aziendali stipulati con i sindacati maggiormente rappresentativi;
c) prestazioni richieste e prestate nelle fasce orarie notturne, prefestive e festive;
d) prestazioni specialistiche inerenti la specializzazione posseduta;
e) prestazioni concernenti discipline cliniche predeterminate dall'interessato e delle quali l'assistito sia portato preventivamente a conoscenza.

10. Il medico che non intenda esercitare attività aggiuntive non obbligatorie previste da accordi regionali o aziendali, sulla base di quanto previsto dall'art. 14, non può esercitare le stesse attività in regime libero-professionale nei confronti dei propri assistiti, pena l'applicazione dell'art. 19 comma 2 del presente Accordo.

11. Ai fini di quanto previsto dal precedente comma 10, l'Azienda richiede al medico, all'atto dell'avvio delle progettualità di cui all'articolo 14, idonea dichiarazione di disponibilità allo svolgimento delle attività aggiuntive previste dagli specifici progetti assistenziali avviati.

12. Ai medici che non esercitano attività libero professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti è riconosciuto il diritto di accesso preferenziale agli istituti normativi incentivati previsti dal presente Accordo.

13. Nell'ambito dell'attività libero professionale il medico di assistenza primaria può svolgere attività in favore dei fondi integrativi di cui all'art. 9 del D.Lgs. n. 502/92 e sue successive modificazioni ed integrazioni.

14. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione del presente articolo, secondo quanto disposto dall'art. 14.

ART. 59 - TRATTAMENTO ECONOMICO.

1. In attuazione di quanto previsto all'art. 9 del presente Accordo, tenuto conto che il distretto deve assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie (art. 3 quater del D.L.vo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni), ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra il medico di assistenza primaria, i pediatri di libera scelta, i servizi di continuità assistenziale ed i presidi specialistici ambulatoriali, nonché con le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate (art. 3-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni) e che il "Programma delle attività territoriali" comprende, come previsto dall'art. 3-quater del D.L.vo n. 502/92, e successive modifiche ed integrazioni, anche l'erogazione della medicina generale e specifica le prestazioni ed attività di competenza della stessa risultanti dal presente Accordo e dagli accordi regionali ed aziendali, il trattamento economico dei medici convenzionati per l'assistenza primaria, secondo quanto previsto dall'art. 8, comma 1, lett. d), del suddetto decreto legislativo, si articola in :

a) quota capitaria per assistito ponderata, per quanto stabilito dall'art. 8, negoziata a livello nazionale;

b) quota variabile finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi e organizzativi previsti dalla programmazione regionale e/o aziendale, compresi la medicina associata, l'indennità di collaborazione informatica, l'indennità di collaboratore di studio medico e l'indennità di personale infermieristico;

c) quota per servizi calcolata in base al tipo ed ai volumi di prestazioni, concordata a livello regionale e/o aziendale comprendente prestazioni aggiuntive, assistenza programmata, assistenza domiciliare programmata, assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, interventi aggiuntivi in dimissione protetta, prestazioni ed attività in ospedali di comunità o strutture alternative al ricovero ospedaliero, prestazioni informatiche, possesso ed utilizzo di particolari standard strutturali e strumentali, ulteriori attività o prestazioni richieste dalle Aziende.

2. Gli accordi regionali, possono definire eventuali quote per attività e compiti per l'esercizio di funzioni proprie di livelli essenziali di assistenza diversi dalle cure primarie ed a queste complementari.

3. Gli accordi regionali devono essere stipulati nei modi e nei tempi previsti dagli artt. 4 e 10 del presente Accordo.

A – QUOTA CAPITARIA.

1. Ai medici di medicina generale incaricati dei compiti di assistenza primaria è corrisposto dall'1.1.2005, per ciascun assistito in carico, un compenso forfetario annuo di euro 38,62.

2. Esaurendosi l'incremento della quota capitaria legata all'anzianità di laurea del medico, questo è trasformato, limitatamente ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato all'entrata in vigore del presente Accordo, in assegno individuale non riassorbibile, che viene riconosciuto al medico per anzianità di laurea e carico assistenziale, dal 1 Gennaio 2005.

L'importo di tale assegno è determinato dalla moltiplicazione del numero totale degli assistiti in carico per il valore tabellare definito dall'incrocio tra l'anzianità del medico e la fascia determinata dal numero di assistiti in carico, secondo la seguente tabella:

	da 0 a 13 aa	da 13 a 20 aa	oltre 20	oltre 27
fino a 500 assistiti	13,73	15,56	17,26	18,46
Fino a 600	11,50	13,19	14,98	16,21
fino a 700	9,10	10,82	12,61	13,83
fino a 800	7,54	9,05	10,86	12,10
fino a 900	5,96	7,75	9,50	10,75
fino a 1000	4,94	6,75	8,53	9,74
fino a 1100	4,10	5,91	7,67	8,91
fino a 1200	3,42	5,20	6,99	8,23
fino a 1300	2,84	4,63	6,43	7,65
fino a 1400	2,35	4,15	5,93	7,14
oltre 1400 assistiti	1,91	3,70	5,49	6,73

3. I medici di cui al presente comma hanno diritto, fino alla cessazione del rapporto convenzionale, ed anche in caso di trasferimento, all'assegno individuale, così come determinatosi al 31.12.2005;

4. Con decorrenza dal 1 gennaio 2004 è istituito, in ogni ASL, il fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie, non riassorbibile, pari a 2,03 euro annue per ogni assistito. Tale fondo è aumentato di 0,55 euro annue dal 31.12.2004 e di euro 0,50 annue dal 31.12.2005, derivanti dal 50% degli aumenti contrattuali determinati all'articolo 9 della prima parte del presente accordo;

5. Questo fondo si arricchirà anche con gli assegni individuali resisi nel tempo disponibili per effetto della cessazione del rapporto convenzionale di singoli medici;

6. Dal 1.1.2004 tutti i medici di assistenza primaria convenzionati a tempo indeterminato ai sensi del presente accordo partecipano al riparto del fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie, mediante attribuzione di una quota capitaria definita dagli accordi regionali

7. Per il 2004 e fino alla definizione dei nuovi accordi regionali a ciascun medico già titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato è riconosciuta una quota capitaria di ponderazione pari a 2,03 Euro annue per assistito fino al 31 dicembre 2004, pari a 2,58 Euro annue dal 1.1.2005 e pari a 3,08 Euro annue dal 1.1.2006;

8. A ciascun Medico di assistenza primaria che assume l'incarico convenzionale a tempo indeterminato dopo l'entrata in vigore del presente accordo, spetta per le prime 500 scelte, una quota capitaria annua aggiuntiva di ingresso, pari a € 13,46, quale sostegno all'attività. Nulla è dovuto a titolo di quota di ingresso per le scelte oltre la cinquecentesima. I medici con un carico assistenziale inferiore alle 501 scelte, titolari a tempo indeterminato alla entrata in vigore del presente accordo possono, alla data del 31.12.2005, optare per il trattamento previsto per i nuovi inseriti qualora questo fosse loro più favorevole;

9. Per ciascun assistito che abbia compiuto il 75° anno di età continuerà ad essere corrisposto il compenso aggiuntivo annuo pari a Euro 15,49;

10. Per le scelte dei minori di età inferiore a 14 anni, effettuate successivamente allo 02.10.2000, continuerà ad essere corrisposto, con riferimento alle scelte in carico, il compenso annuo aggiuntivo di Euro 18,08.

B – QUOTA VARIABILE FINALIZZATA AL RAGGIUNGIMENTO DI OBIETTIVI E DI STANDARD EROGATIVI ED ORGANIZZATIVI.

1. A decorrere dal 01.01.2005, le quote già destinate ai medici di assistenza primaria per l'incentivazione di
   - a) attività in forma associative
   - b) collaborazione informatica
   - c) collaboratore di studio
   - d) personale infermieristico

costituiscono il fondo a riparto di cui all'art. 46, quantificato in ogni Regione sulla base di € 2,99 per assistito/anno.

2. In ciascuna Regione il fondo di cui al comma precedente deve essere incrementato dell'ammontare delle risorse già impiegate per integrare i tetti previsti nel DPR 270/2000, per effetto degli Accordi Regionali vigenti, in tema di
   - a) attività in forma associative
   - b) collaboratore di studio
   - c) personale infermieristico

3. Il fondo di cui all'art. 46 è aumentato di euro 2.00 per assistito/anno dal 1.1.2005 (ex piena disponibilità);

4. In attesa della stipula dei nuovi Accordi regionali, con risorse attinte al fondo di cui all'art. 46, come integrato dai precedenti commi 2 e 3, ai medici che svolgono la propria attività in forma di medicina di gruppo ed in forma di medicina in rete, a partire dal 01.01.2005, è corrisposto un compenso forfetario annuo per ciascun assistito in carico nella misura, rispettivamente di Euro 7,00 e di Euro 4,70; ai medici di assistenza primaria che svolgono la propria attività sotto forma di medicina in associazione è dovuto un compenso forfetario annuo per ciascun assistito in carico nella misura di Euro 2,58.

5. In attesa della stipula degli Accordi regionali, nelle Regioni in cui è stato superato il tetto della medicina in associazione garantito dal DPR 270/2000 nella misura del 40% degli assistiti nell'ambito regionale, non potranno costituirsi nuove medicine in associazione.

6. In attesa della stipula dei nuovi Accordi regionali, con risorse attinte al fondo di cui all'art. 46 come integrato dai precedenti commi 2 e 3, ai medici di assistenza primaria, individuati dalla Regione, che utilizzano un collaboratore di studio professionale assunto secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali, e/o fornito da società, cooperative e associazioni di servizio, o comunque utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendali, è corrisposta, a partire dal 01.01.2005, un'indennità annua nella misura di Euro 3,50 per assistito in carico.

7. In attesa della stipula dei nuovi accordi regionali, con risorse attinte al fondo di cui all'art. 46 come integrato dai precedenti commi 2 e 3, ai medici di assistenza primaria, individuati dalla Regione, che utilizzano un infermiere professionale assunto secondo il relativo contratto nazionale di lavoro per la categoria, fornito da società, cooperative o associazioni di servizio, o comunque utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendali, è corrisposta, a partire dal 01.01.2005, un'indennità annua nella misura di Euro 4,00 per assistito in carico.

8. I compensi relativi alla medicina in rete, alla medicina di gruppo, e le indennità relative al personale di studio e all'infermiere professionale sono corrisposti nella misura e nei tempi di cui ai commi 4, 6 e 7 quando nella Regione non siano state superate le rispettive percentuali, da calcolarsi sugli assistiti complessivi della Regione, nella seguente misura:
   - a) il 12% per la medicina di gruppo;
   - b) il 9% per la medicina di rete;
   - c) il 40% per il collaboratore di studio;
   - d) il 8% per l'infermiere professionale.

9. Nel caso in cui, alla data di entrata in vigore del presente Accordo, la percentuale di una o più delle voci di spesa di cui ai commi 4, 6 e 7 sia superiore a quella prevista nel precedente comma 8, le risorse complessivamente impegnate continuano ad essere utilizzate secondo quanto previsto dagli Accordi regionali in vigore e continua ad essere riconosciuto ai medici interessati quanto previsto da tali accordi regionali o dal DPR 270/2000.

10. La maggiore spesa derivante dal superamento di una o più delle percentuali di cui al comma 8 è compensata dalla eventuale disponibilità di risorse derivante dalla sottoutilizzazione, in relazione alle percentuali di cui al comma 8, di altri istituti tra quelli di cui ai precedenti commi 4, 6 e 7. In tal caso i compensi e le indennità sono corrisposti nella misura e nei tempi previsti ai commi 4, 6 e 7 sia per gli istituti oggetto di compensazione che per quelli che non hanno superato le relative percentuali.

11. Dalla entrata in vigore del presente Accordo tutti i medici di assistenza primaria sono obbligati a garantire, dal momento dell'assunzione dell'incarico, nel proprio studio e mediante apparecchiature e programmi informatici, la gestione della scheda sanitaria individuale e la stampa prevalente (non inferiore al 70%) delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche. Le apparecchiature di cui sopra devono essere idonee ad eventuali collegamenti con il centro unico di prenotazione e devono consentire l'elaborazione dei dati occorrenti per ricerche epidemiologiche, il monitoraggio dell'andamento prescrittivo e la verifica di qualità dell'assistenza. Per questo e fino alla stipula degli accordi regionali, con risorse attinte al fondo di cui all'art. 46 come integrato dai precedenti commi 2 e 3, è corrisposta un'indennità forfetaria mensile di Euro 77,47.

12. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato al momento della entrata in vigore del presente Accordo devono adempiere all'obbligo di cui al precedente comma 11 nei tempi di seguito indicati:

a) fino a 10 anni di anzianità di laurea, al 1 Gennaio 2004, entro 1 anno dall'entrata in vigore del presente accordo;

b) da 10 a 20 anni di anzianità di laurea, al 1 Gennaio 2004, entro 3 anni dall'entrata in vigore del presente accordo;

c) da 20 a 30 anni di anzianità di laurea, al 1 Gennaio 2004, entro 5 anni dall'entrata in vigore del presente accordo.

13. Salvo diversi Accordi regionali, sono esentati dall'obbligo i medici che hanno maturato 30 o più anni di anzianità di laurea, al 1 Gennaio 2004.

14. La indennità per il collaboratore di studio e/o per l'infermiere professionale è riconosciuta a ciascun medico, anche se operante in forma associata. I relativi contratti di lavoro, salvo diversi accordi regionali, sono stipulati in rapporto ad un impegno orario minimo, per ogni singolo medico, come definito dalla normativa in vigore e fatte salve differenti determinazioni assunte nell'ambito degli accordi regionali.

15. In attesa o in mancanza della stipula degli accordi regionali, ciascuna regione dispone, dal 1.1.2004, di ulteriori fondi, derivanti dal 50% degli aumenti contrattuali determinati all'articolo 9 del presente accordo, di euro 2,03 annui per assistito, eventualmente integrato con le risorse di cui ai punti antecedenti, non utilizzate nell'anno solare precedente, per la effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico, nel rispetto dei livelli programmati di spesa. Tale fondo è aumentato di 0,55 euro annui dal 31.12.2004 e di euro 0,50 annui dal 31.12.2005.

16. In attesa o in mancanza della stipula dei nuovi accordi regionali, tali fondi costituiscono una quota capitaria regionale, distribuita dal 1.1.2004 a tutti i medici, ogni mese in ragione di un dodicesimo delle quote previste al precedente comma.

17. Successivamente alla stipula dei nuovi accordi regionali ed in base a quanto dagli stessi stabilito, questa quota è ripartita, fra tutti i medici e secondo gli apporti individuali.

18. Gli obiettivi da raggiungere da parte dei medici di assistenza primaria sono stabiliti secondo tappe e percorsi condivisi e concordati tra Azienda e/o distretto e Organizzazioni sindacali rappresentative, sulla base di quanto stabilito a livello di accordo regionale.

19. I progetti devono essere realizzati tenendo conto del contesto di riferimento sociale epidemiologico, economico finanziario, e dei livelli di responsabilità del consumo delle risorse.

20. I progetti devono prevedere adeguati meccanismi di verifica tra pari e di revisione di qualità, al fine di poter valutare i differenti gradi di raggiungimento degli obiettivi programmati all'interno dei gruppi dai diversi medici aderenti.

C – QUOTA VARIABILE PER COMPENSI SERVIZI CALCOLATA IN BASE AL TIPO ED AI VOLUMI DI PRESTAZIONE, CONCORDATA A LIVELLO REGIONALE E/O AZIENDALE, comprendente prestazioni aggiuntive, assistenza programmata, assistenza domiciliare programmata, assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, interventi aggiuntivi in dimissione protetta, prestazioni ed attività in ospedali di comunità o strutture alternative al ricovero ospedaliero, prestazioni informatiche, possesso ed utilizzo di particolari standard strutturali e strumentali, ulteriori attività o prestazioni richieste dalle Aziende.

1. In attesa della stipula dei nuovi Accordi regionali, ai medici di assistenza primaria spetta il compenso per le prestazioni aggiuntive di cui all'allegato D) e al relativo nomenclatore tariffario.

2. In attesa della stipula dei nuovi Accordi regionali, ai medici di assistenza primaria sono corrisposti compensi per le prestazioni di assistenza programmata ad assistiti non ambulabili, di cui all'art. 53, lettere a) e b), come quantificati nei protocolli allegati sotto le lettere G) ed H), e di cui allo stesso articolo 53, lett. c), secondo quanto stabilito dagli accordi regionali. L'entità complessiva della spesa per compensi riferiti alle prestazioni di cui sopra viene definita annualmente dalle Regioni tenendo conto degli obiettivi da raggiungere fissati dai Piani Sanitari Regionali e degli obiettivi effettivamente raggiunti, previo Accordo regionale. I compensi corrisposti al medico per le prestazioni di assistenza programmata di cui al protocollo allegato G) non possono comunque superare il 20% dei compensi mensili. Sono fatti salvi i diversi accordi regionali.

D – ACCORDI REGIONALI ED AZIENDALI.

1. Ai medici di assistenza primaria sono corrisposti compensi per le prestazioni di assistenza domiciliare residenziale di cui all'art. 53, lettera c) effettuate con modalità definite nell'ambito degli Accordi regionali.

2. Per lo svolgimento dell'attività in zone identificate dalle Regioni come disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa, comprese le piccole isole, spetta ai medici di assistenza primaria un compenso accessorio annuo nella misura e con le modalità concordate nell'ambito degli Accordi regionali.

3. Gli Accordi regionali possono prevedere lo svolgimento di ulteriori attività, l'erogazione di specifiche prestazioni, compreso il possesso di specifici requisiti di qualità, e i relativi compensi.

E – ARRETRATI TRIENNIO 2001-2003.

1. Le Regioni liquidano a ciascun medico a titolo di arretrati per il triennio 2001-2003, in tre rate previste con le competenze di Marzo 2005, di Settembre 2005 e di Gennaio 2006, l'ammontare risultante:

a) dal compenso lordo di 0,080 euro, comprensivo della quota Enpam a carico del medico, moltiplicato per il numero degli assistiti in carico per ciascun mese, per il 2001;
b) dal compenso lordo di 0,080 euro, comprensivo della quota Enpam a carico del medico, moltiplicato per il numero degli assistiti in carico per ciascun mese, per il 2002;
c) dal compenso lordo di 0,113 euro, comprensivo della quota Enpam a carico del medico, moltiplicato per il numero degli assistiti in carico per ciascun mese, per il 2003.

F – MODALITÀ DI PAGAMENTO.

1. I compensi di cui alla lettera A), sono corrisposti mensilmente in dodicesimi e sono versati, mensilmente, entro la fine del mese successivo quello di competenza.

2. I compensi di cui alle lettere B) e C) sono versati mensilmente entro la fine del secondo mese successivo a quello di competenza.

3. Ai fini della correntezza del pagamento dei compensi ai medici di medicina generale si applicano le disposizioni previste per il personale dipendente dalle Aziende.

4. Le variazioni di retribuzione relative ai passaggi di fascia per anzianità di laurea del medico saranno, nell'anno 2005, effettuate una volta: il 1 gennaio, se la variazione cade entro il 30 giugno, o il 31 dicembre se la variazione cade tra il primo luglio e il 31 dicembre.

ART. 60 - CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E PER L'ASSICURAZIONE DI MALATTIA.

1. Per i medici iscritti negli elenchi della assistenza primaria viene corrisposto un contributo previdenziale a favore del competente Fondo di previdenza di cui all'art. 9, comma 2, punto 6 della legge 29 giugno 1977, n. 349, pari al 15% di tutti i compensi previsti dal presente accordo, compresi quindi quelli derivanti dagli accordi regionali o aziendali, di cui il 9,375% a carico dell'Azienda e il 5,625% a carico del medico.

2. L'aliquota di cui al precedente comma 1 decorre dal 1.1.2004.

3. I contributi devono essere versati all'ente gestore del fondo di previdenza trimestralmente, con l'indicazione dei medici a cui si riferiscono e della base imponibile su cui sono calcolati, entro 30 giorni successivi alla scadenza del trimestre.

4. Per far fronte al pregiudizio economico derivante dall'onere della sostituzione per eventi di malattia e di infortunio, anche in relazione allo stato di gravidanza e secondo il disposto del Decreto legislativo 151/2001, è posto a carico del servizio pubblico un onere pari allo 0,36% (zero virgola trentasei per cento) dei compensi relativi dell'art. 59, lettera A, comma 1, da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni.

5. Con le stesse cadenze previste per il versamento del contributo previdenziale di cui al comma 1, le Aziende versano all'ENPAM il contributo di cui ai commi 4 affinché provveda a riversarlo alla Compagnia assicuratrice con la quale i sindacati maggiormente rappresentativi avranno provveduto, entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo, a stipulare apposito contratto di assicurazione mediante procedura negoziale aperta ad evidenza pubblica.

6. Per far fronte al pregiudizio economico derivante da eventi di infortunio e malattia con residua invalidità permanente e/o inabilità all'esercizio dell'attività professionale, è costituito uno specifico fondo alimentato dai contributi volontari da parte dei medici aderenti.

7. Sentito l'ENPAM le Aziende provvedono alla ritenuta fissata per ciascun medico che aderisce al fondo di cui al comma 6 e versano all'ENPAM le relative contribuzioni, in concomitanza dei versamenti di cui al comma 5.

8. Le Organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo, definiscono le procedure per la costituzione del fondo di cui al comma 6.

ART. 61 - RAPPORTI TRA IL MEDICO CONVENZIONATO E LA DIRIGENZA SANITARIA DELL'AZIENDA.

1. Ai fini del corretto rapporto tra i medici di assistenza primaria e le Aziende sanitarie locali in merito al controllo della corretta applicazione delle convenzioni, per quel che riguarda gli aspetti sanitari, ed al rispetto delle norme in essi contenute, le Regioni individuano, secondo la legislazione regionale in materia di organizzazione della Azienda, i servizi e le figure dirigenziali preposte.

2. I medici convenzionati di cui al presente Capo sono tenuti a collaborare con le suddette strutture dirigenziali in relazione a quanto previsto e disciplinato dalla presente convenzione.

CAPO III

LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

ART. 62 - CRITERI GENERALI.

1. Al fine di garantire la continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, le aziende, sulla base della organizzazione distrettuale dei servizi e nel rispetto degli indirizzi della programmazione regionale, organizzano le attività sanitarie per assicurare le realizzazione delle prestazioni assistenziali territoriali non differibili, dalle ore 10 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20 alle ore 8 di tutti i giorni feriali.

2. Il servizio di continuità assistenziale è indirizzato a tutta la popolazione, in ambito aziendale, in ogni fascia di età, sulla base di uno specifico livello assistenziale. Le prestazioni sono realizzate da:

a) da medici convenzionati sulla base della disciplina di cui agli articoli seguenti del presente Capo;
b) da medici di cui alla lettera a) organizzati in forme associative con i medici di assistenza primaria per gli assistiti che hanno effettuato la scelta in loro favore in ambiti territoriali definiti;
c) da un singolo convenzionato per l'assistenza primaria residente nell'ambito territoriale;

Per quanto previsto dalle lettere b), c) le attività di Continuità assistenziale possono essere assicurate anche in forma di servizio attivo in disponibilità domiciliare.

3. Nell'ambito delle attività in equipe, Utap o altre forme associative delle cure primarie, ai medici di continuità assistenziale sono attribuite funzioni coerenti con le attività della medicina di famiglia, nell'ambito delle rispettive funzioni, al fine di un più efficace intervento nei confronti delle esigenze di salute della popolazione.

4. L'attività di continuità assistenziale può essere svolta in modo funzionale, nell'ambito delle équipes territoriali, secondo un sistema di disponibilità domiciliare o in modo strutturato, in sedi territoriali adeguatamente attrezzate, sulla base di apposite determinazioni assunte nell'ambito degli Accordi regionali.

5. Nell'ambito degli accordi regionali, i medici incaricati di espletare il servizio di continuità assistenziale in uno specifico ambito territoriale, possono essere organizzati secondo modelli adeguati a facilitare le attività istituzionali e l'integrazione tra le diverse funzioni territoriali.

6. I compensi sono corrisposti dall'Azienda, a ciascun medico che svolge l'attivita' nelle forme di cui al comma 2 lettere b) e c), anche mediante il pagamento per gli assistiti in carico di una quota capitaria aggiuntiva definita dalla contrattazione regionale, e rapportata a ciascun turno effettuato, salvo quanto previsto dagli articoli seguenti.

7. Nell'ambito degli Accordi regionali, per garantire la massima efficienza della rete territoriale e la integrazione con quella ospedaliera, limitando le soluzioni di continuità nei percorsi di assistenza al cittadino, si possono prevedere meccanismi di operatività sinergica tra il servizio di continuità assistenziale e quello di emergenza sanitaria territoriale al fine di arricchire il circuito professionale dell'emergenza e della medicina di famiglia.

ART. 63 – ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.

1. Entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno ciascuna Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale, in concomitanza con la pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria, gli incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati, a seguito di formale determinazione delle Aziende, previa comunicazione al comitato aziendale di cui all'art. 23, rispettivamente alla data del 1° marzo e del 1° settembre dell'anno in corso nell'ambito delle singole Aziende.

2. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti resi pubblici secondo quanto stabilito dal precedente comma 1:
a) i medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale nelle aziende, anche diverse, della regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti o in aziende di altre regioni, anche diverse, ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultino titolari rispettivamente da almeno due anni e da almeno tre anni nell'incarico dal quale provengono e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria o di pediatria di base, con un carico di assistiti rispettivamente inferiore a 650 e 350. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di metà dei posti disponibili in ciascuna azienda e i quozienti funzionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità inferiore. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;
b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso.

3. Gli aspiranti, entro 15 giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Regione apposita domanda di assegnazione di uno o più degli incarichi vacanti pubblicati, in conformità allo schema di cui agli Allegati Q/1 o Q/4.

4. Al fine del conferimento degli incarichi vacanti i medici di cui alla lettera b) del comma 2 sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
a) attribuzione del punteggio riportato nella relativa graduatoria regionale;
b) attribuzione di punti 10 a coloro che nell'ambito della Azienda nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;
c) attribuzione di punti 10 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale di settore e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico.

5. Le graduatorie di cui al precedente comma 4 vengono formulate sulla base dei punteggi relativi e apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico concorrente lo o gli incarichi vacanti per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.

6. La Regione, o altro soggetto da essa incaricato per l'espletamento dei compiti previsti dal presente articolo, provvede alla convocazione, mediante raccomandata AR o telegramma, di tutti i medici aventi titolo alla assegnazione degli incarichi dichiarati vacanti e pubblicati, presso la sede indicata dall'Assessorato regionale alla Sanità, in maniera programmata e per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione.

7. La Regione o altro soggetto incaricato, interpella prioritariamente i medici di cui alla lettera a) del precedente comma 2 in base alla anzianità di servizio effettivo in qualità di incaricato a tempo indeterminato nelle attività di continuità assistenziale o ex-guardia medica, fino alla concorrenza della metà dei posti disponibili; laddove risulti necessario, interpella successivamente i medici di cui alla lettera b), dello stesso comma 2 in base all'ordine risultante dall'applicazione dei criteri di cui al precedente comma 4 e sulla base del disposto di cui al comma 7 e 8 dell'articolo 16 della presente Accordo..

8. L'anzianità di servizio a valere per l'assegnazione degli incarichi vacanti ai sensi del precedente comma 2, lettera a) è determinata sommando:

a) l'anzianità totale di servizio effettivo nella continuità assistenziale o ex-guardia medica in qualità di incaricato a tempo indeterminato;
b) l'anzianità di servizio effettivo nella continuità assistenziale o ex-guardia medica nell'incarico di provenienza, ancorché già valutata ai sensi della lettera a).
c) una anzianità pari a 18 mesi per trasferimenti interregionali con provenienza da aziende di cui all'art. 64, comma 4.

9. A parità di anzianità per i medici di cui al comma 2, lett. a) e di quelli di cui al comma 5 del presente articolo, prevalgono nell'ordine la minore età, il voto di laurea e infine l'anzianità di laurea.

10. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma o raccomandata con ricevuta di ritorno, indicando l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli incarichi vacanti per i quali ha concorso. In tal caso sarà attribuito il primo incarico disponibile tra gli incarichi vacanti indicati dal medico concorrente

11. La Regione, espletate le formalità per l'accettazione dell'incarico, comunica gli atti relativi all'Azienda interessata, la quale conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, con l'indicazione del termine di inizio dell' attivita', da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici

12. Il medico che ha accettato l'incarico deve inoltrare all'azienda interessata una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante se alla data di presentazione della domanda aveva in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione, e posizione di incompatibilità, secondo lo schema allegato sub lettera "L". La situazione di incompatibilita' dovrà comunque cessare all'atto del conferimento definitivo dell'incarico.

13. Se il medico incaricato e' proveniente da altra Regione, l'Azienda comunica all'Assessorato alla sanità della regione di provenienza e a quella del luogo di residenza, ove non coincidenti, l'avvenuto conferimento dell'incarico, ai fini della verifica di eventuali incompatibilita' e per gli effetti di cui al successivo comma 16.

14. La Regione, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 24 e nel rispetto dei precedenti commi, puo' adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.

15. È cancellato dalla graduatoria regionale, o di settore se presente, valida per l'anno in corso per la continuità assistenziale, il medico che abbia accettato l'incarico ai sensi del presente articolo.

16. Il medico, già titolare di incarico, che concorre all'assegnazione di un incarico vacante, per trasferimento, in caso di assegnazione, decade dall'incarico di provenienza.

ART. 64 – RAPPORTO OTTIMALE.

1. Al fine di consentire una programmazione corretta ed efficiente del servizio di continuità assistenziale nelle singole Aziende, le Regioni definiscono, anche sulla base delle proprie caratteristiche orogeografiche, abitative e organizzative, il fabbisogno dei medici di continuità assistenziale di ciascuna singola ASL, che è determinato secondo un rapporto ottimale medici in servizio/abitanti residenti.

2. Ai fini di quanto previsto al precedente comma 1, il numero dei medici inseribili nei servizi di continuità assistenziale di ciascuna ASL è definito dal rapporto di riferimento 1 medico ogni 5000 abitanti residenti.

3. Le Regioni possono indicare, per ambiti di assistenza definiti, un diverso rapporto medico/popolazione. La variabilità di tale rapporto, in aumento o in diminuzione, deve essere concordata nell'ambito degli Accordi regionali e comunque tale variabilità non può essere maggiore del 30% rispetto a quanto previsto al comma 2.

4. Le Aziende che dispongano di medici in servizio nella continuità assistenziale in esubero rispetto al rapporto ottimale come definito al comma 2, (tenuto conto delle variazioni di cui al comma 3), non possono attribuire ulteriori incarichi fino al riequilibrio di tale rapporto.

5. Nell'ambito degli Accordi aziendali sono definiti i criteri di mobilità intraaziendale.

ART. 65 – MASSIMALI.

1. Il conferimento dell'incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale avviene per un orario settimanale di 24 ore.

2. Ai medici di continuità assistenziale titolari di incarico a 24 ore, che esercitano l'attività in forme associative funzionali ed a progetti assistenziali ad essa correlati, definiti nell'ambito degli Accordi regionali ed Aziendali, sono attribuite ulteriori 4 ore per attività istituzionali non notturne collegate anche con prestazioni aggiuntive e non concorrono alla determinazione del massimale orario. Sono fatti salvi gli Accordi regionali vigenti in materia.

3. I medici già incaricati alla data di entrata in vigore del presente Accordo per un numero di ore settimanali pari o inferiore a 12, mantengono tale incarico anche in deroga al precedente comma 1 ma sono tenuti a concorrere all'aumento orario qualora nell'ambito della Azienda si determinino incarichi orari vacanti. Il rifiuto di completare l'orario fino alla concorrenza di almeno 24 ore settimanali comporta la decadenza dall'incarico.

4. In caso di organizzazione del servizio in forme associative strutturali delle cure primarie o in UTAP, il conferimento dell'incarico è di norma a 38 ore settimanali, di cui 14 in attività diurna feriale.

5. L'incarico di 38 ore settimanali comporta l'esclusività del rapporto e non e' conferibile nei confronti del medico incaricato a tempo indeterminato per la medicina generale o per la pediatria di libera scelta, indipendentemente dal numero di scelte in carico, che non rinunci contestualmente a tali incarichi. Quello a 24 ore può essere conferito solo in presenza di un numero di scelte pari o inferiore rispettivamente a 650 o 350.

6. La cessazione dell'incarico per il raggiungimento del limite di scelte di cui al comma 5, nei confronti dei medici titolari di incarico di continuità assistenziale ha effetto dal sesto mese successivo a quello in cui si determina il superamento del numero di scelte compatibile.

7. Ai fini di cui al precedente comma 6 l'Azienda è tenuta a comunicare al medico il raggiungimento del limite di scelte previsto dal comma 5 nel mese in cui tale situazione si determina e le conseguenze del raggiungimento di tale limite (cessazione dell'incarico di continuità assistenziale).

8. Prima di esperire la procedura di pubblicazione di eventuali incarichi vacanti, gli orari disponibili all'interno dell'Azienda vengono comunicati ai medici già titolari di incarico a tempo indeterminato inferiore a 24 ore settimanali, ed assegnati fino a concorrenza del massimale orario, secondo l'ordine di anzianità di incarico nella stessa Azienda, l'anzianità di laurea e la minore età.

9. L'orario complessivo dell'incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale sommato a quello risultante da altre attività compatibili non può superare le 38 ore settimanali.

10. Il medico titolare di incarico di continuità assistenziale a tempo indeterminato che detenga anche un rapporto convenzionale di assistenza primaria o di pediatria di base fino alla concorrenza rispettivamente di 350 e di 150 scelte, può svolgere attività di libera professione strutturata fino ad un massimo di 8 ore settimanali.

11. Il medico decade dall'incarico qualora:
a) insorga una situazione di incompatibilità;
b) rifiuti l'incremento orario ai sensi del precedente comma 3
c) non riduca l'orario delle attività compatibili nella fattispecie di cui al comma 9.

12. Ai fini di quanto disposto dal precedente comma 11, la Azienda contesta al medico la situazione di incompatibilità entro 30 giorni dalla sua rilevazione e sulla base delle procedure dell'art. 30 definisce la cessazione del rapporto convenzionale.

13. Il disposto di cui al comma 11 si applica a partire dal primo giorno del mese successivo a quello nel quale l'Azienda definisce e comunica al medico la cessazione del rapporto convenzionale.

14. Gli Accordi regionali disciplinano le modalità con cui le Aziende possono attribuire, eccezionalmente, per esigenze straordinarie a garanzia della continuità del servizio e limitatamente nel tempo, eventuali ore di attività eccedenti l'orario settimanale di incarico, escluso l'orario di cui al comma 2.

ART. 66 – LIBERA PROFESSIONE.

1. La libera professione può essere esercitata al di fuori degli orari di servizio, purché essa non rechi pregiudizio alcuno al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali.

2. Il medico che svolge attività libero professionale, deve rilasciare alla Azienda apposita dichiarazione in coerenza col disposto del comma 1.

3. Nell'ambito dell'attività libero professionale il medico di continuità assistenziale può svolgere attività in favore dei fondi integrativi di cui all'art. 9 del D.Lgs. n. 502/92 e sue successive modificazioni e integrazioni.

4. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione del presente articolo, secondo quanto disposto dall'art. 14.

ART. 67 - COMPITI DEL MEDICO.

1. Il medico di continuità assistenziale assicura le prestazioni sanitarie non differibili ai cittadini residenti nell'ambito territoriale afferente alla sede di servizio. In presenza di forme associative strutturate delle cure primarie e di attività organizzata in equipe, l'attività di continuità assistenziale è erogata nei confronti della popolazione che ha effettuato la scelta in favore dei medici facenti parte dell'associazione medesima.

2. Il medico che assicura la continuità assistenziale deve essere presente, fin dall'inizio del turno in servizio attivo, nella sede assegnatagli dalla Azienda o nelle altre modalità specifiche previste per le equipes, le UTAP o altre forme associative delle cure primarie, e rimanere a disposizione, fino alla fine del turno, per effettuare gli interventi, domiciliari o territoriali.

3. In relazione al quadro clinico prospettato dall'utente o dalla centrale operativa, il medico effettua tutti gli interventi ritenuti appropriati, riconosciuti tali sulla base di apposite linee guida nazionali o regionali. Secondo le indicazioni aziendali, in particolari situazioni di necessità e ove le condizioni strutturali lo consentano, il medico può eseguire prestazioni ambulatoriali definite nell'ambito degli Accordi regionali.

4. Nell'ambito delle attività in Equipe o in UTAP o in altre forme organizzative delle cure primarie, con Accordi regionali, possono essere sperimentate forme di triage per realizzare risposte di continuità assistenziale maggiormente appropriate.

5. I turni notturni e diurni festivi sono di 12 ore, quelli prefestivi di 10 ore.

6. A livello aziendale sono definite le modalità di esercizio dell'attività, ai fini dell'eventuale organizzazione dell'orario, anche ai fini del ristoro psico-fisico del medico, particolarmente nei mesi estivi.

7. Le chiamate degli utenti devono essere registrate e rimanere agli atti. Le registrazioni devono avere per oggetto:
a - nome, cognome, età e indirizzo dell'assistito;
b- generalità del richiedente ed eventuale relazione con l'assistito (nel caso che sia persona diversa);
c - ora della chiamata ed eventuale sintomatologia sospettata;
d - ora dell'intervento (o motivazione del mancato intervento) e tipologia dell'intervento richiesto ed effettuato.

8. Per le prestazioni effettuate, il sanitario in servizio, al fine di assicurare la continuità assistenziale in capo al medico di libera scelta, è tenuto a compilare, in duplice copia, il modulario informativo (Allegato M), di cui una copia è destinata al medico di fiducia (o alla struttura sanitaria, in caso di ricovero), da consegnare all'assistito, e l'altra viene acquisita agli atti del servizio.

9. Il medico utilizza solo a favore degli utenti registrati, anche se privi di documento sanitario, un apposito ricettario, con la dicitura "Servizio continuità assistenziale", fornitogli dalla Azienda per le proposte di ricovero, le certificazioni di malattia per il lavoratore per un massimo di 3 giorni, le prescrizioni farmaceutiche per una terapia non differibile sulla base del ricettario di cui alla Legge 326/2003 e secondo le disposizioni vigenti in materia.

10. Il medico in servizio attivo deve essere presente fino all'arrivo del medico che continua il servizio. Al medico che è costretto a restare oltre la fine del proprio turno, anche per esigenze di servizio, spettano i normali compensi rapportati alla durata del prolungamento del servizio, che sono trattenuti in misura corrispondente a carico del medico ritardatario.

11. Il medico di continuità assistenziale che ne ravvisi la necessità deve direttamente allertare il servizio di urgenza ed emergenza territoriale per l'intervento del caso.

12. Il medico in servizio di continuità assistenziale può eseguire, nell'espletamento dell'intervento richiesto, anche le prestazioni aggiuntive di cui al Nomenclatore Tariffario dell'Allegato D, finalizzate a garantire una più immediata adeguatezza dell'assistenza e un minore ricorso all'intervento specialistico e/o ospedaliero.

13. Le prestazioni di cui al precedente comma 12 sono retribuite aggiuntivamente rispetto al compenso orario spettante.

14. Nell'ambito degli Accordi regionali e sulla base del disposto dell'art. 32, è organizzata la continuità dell'assistenza ai cittadini non residenti nelle località a forte flusso turistico.

15. Nell'espletamento delle attività di cui al precedente comma, il medico è tenuto a utilizzare, il modello prescrizione-proposta del SSN secondo le disposizioni vigenti, indicando la residenza dell'assistito.

16. Sono inoltre obblighi e compiti del medico:
a) la redazione di certificazioni obbligatorie, quali: certificazione di malattia per i lavoratori turnisti, la certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi laddove prevista;
b) l'adesione alla sperimentazione dell'equipes territoriali, con particolare riferimento alla continuità dell'assistenza nelle strutture protette e nei programmi di assistenza domiciliare;
c) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario nazionale, in relazione alle tematiche evidenziate all'art. 45 comma 4;
d) la segnalazione personale diretta al medico di assistenza primaria che ha in carico l'assistito dei casi di particolare complessità rilevati nel corso degli interventi di competenza, oltre a quanto previsto dall'art. 69;
e) la constatazione di decesso.

17. Il medico di continuità assistenziale partecipa alle attività previste dagli Accordi regionali e aziendali. Per queste attività vengono previste quote variabili aggiuntive di compenso, analogamente agli altri medici di medicina generale che ad esse partecipano. Tali attività sono primariamente orientate, in coerenza con l'impianto generale del presente Accordo, a promuovere la piena integrazione tra i diversi professionisti della Medicina generale, anche mediante la regolamentazione di eventuali attività ambulatoriali.

18. Con gli accordi regionali e aziendali sono individuati gli ulteriori compiti e le modalità di partecipazione del medico di continuità assistenziale alle attività previste nelle equipes territoriali, nelle Utap e nelle altre forme organizzative delle cure primarie.

ART. 68 - COMPETENZE DELLE AZIENDE.

1. L'Azienda è tenuta a fornire al medico di continuità assistenziale i farmaci e il materiale, necessari all'effettuazione degli interventi propri del servizio, sulla base del relativo protocollo definito nell'ambito degli Accordi regionali.

2. L'Azienda garantisce altresì che le sedi di servizio siano dotate di idonei locali, di adeguate misure di sicurezza, per la sosta e il riposo dei medici, nonché di servizi igienici.

3. L'Azienda, sentiti i medici interessati, predispone i turni e assegna, sentiti i comitati provinciali per la sicurezza pubblica in merito all'applicazione del d. Lgs. 626/94, le sedi di attività nonché il rafforzamento dei turni medesimi, ove occorra.

4. L'Azienda, sulla base di apposito Accordo regionale, provvede altresì:
a) alla disponibilità di mezzi di servizio, possibilmente muniti di telefono mobile e di caratteri distintivi, che ne permettano l'individuazione come mezzi adibiti a soccorso;
b) ad assicurare in modo adeguato la registrazione delle chiamate, su supporto magnetico o digitale, presso le sedi operative;
c) a garantire nei modi opportuni la tenuta e la custodia dei registri di carico e scarico dei farmaci, dei presidi sanitari e degli altri materiali messi a disposizione dei medici di continuità assistenziale.

5. Nell'ambito degli Accordi regionali, sono definite le competenze delle Aziende in caso di attivazione della continuità assistenziale nell'ambito delle UTAP, delle équipes territoriali o delle altre forme organizzative strutturali delle cure primarie.

ART. 69 - RAPPORTI CON IL MEDICO DI FIDUCIA E LE STRUTTURE SANITARIE.

1. Ai fini del corretto rapporto tra i medici di continuità assistenziale e le Aziende sanitarie locali in merito al controllo della corretta applicazione delle convenzioni, per quel che riguarda gli aspetti sanitari, ed il rispetto delle norme in essi contenute, le Regioni individuano, secondo la legislazione regionale in materia di organizzazione della Azienda, i servizi e le figure dirigenziali preposte.

2. I medici convenzionati di cui al presente Capo sono tenuti a collaborare con le suddette strutture dirigenziali in relazione a quanto previsto e disciplinato dalla presente convenzione.

3. Il sanitario in servizio, al fine di assicurare la continuità dell'assistenza ed un efficace integrazione delle professionalità operanti nel territorio, interagisce con il medico di fiducia e con le strutture aziendali, secondo modalità da definirsi nell'ambito degli Accordi regionali.

4. In attesa che le regioni definiscano le procedure di cui ai commi precedenti del presente articolo, e modelli di interazione professionale, il sanitario in servizio, al fine di assicurare la continuità assistenziale in capo al medico di libera scelta, è tenuto a compilare, in duplice copia, il modulario informativo (allegato "M"), di cui una copia è destinata al medico di fiducia (o alla struttura sanitaria, in caso di ricovero), da consegnare all'assistito, e l'altra viene acquisita agli atti del servizio.

5. La copia destinata al servizio deve specificare, ove possibile, se l'utente proviene da altra regione o da Stato straniero.

6. Nel modulo dovranno essere indicate succintamente: la sintomatologia presentata dal soggetto, l'eventuale diagnosi sospetta o accertata, la terapia prescritta o effettuata e - se del caso - la motivazione che ha indotto il medico a proporre il ricovero ed ogni altra notizia ed osservazione che egli ritenga utile evidenziare.

7. Saranno, altresì, segnalati gli interventi che non presentino caratteristiche di indifferibilità.

ART. 70 – SOSTITUZIONI E INCARICHI PROVVISORI.

1. Il medico che non può svolgere il servizio deve avvertire il responsabile, indicato dalla Azienda, che provvede alla sostituzione secondo le procedure di cui ai commi successivi.

2. Gli Accordi Regionali, in attesa che siano operative le forme associative complesse quali equipe, nuclei di cure primarie o Utap, possono prevedere figure di coordinamento dei medici della continuità assistenziale operanti in uno specifico ambito territoriale con funzioni di raccordo con il responsabile aziendale, anche ai fini di quanto previsto dal presente articolo e dal comma 5 dell'articolo 62.

3. Nelle more dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, stabilite dall'art. 63, l'Azienda può conferire incarichi provvisori nel rispetto dei termini e delle procedure di cui ai commi successivi.

4. Per sostituzioni superiori a 9 giorni, l'Azienda conferisce l'incarico di sostituzione secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 15, comma 12, o, in mancanza, della graduatoria regionale di settore vigente, con priorità per i medici residenti nel territorio della Azienda.

5. Qualora non fosse possibile garantire il servizio secondo le procedure di cui al precedente comma, l'Azienda potrà concordare, ai sensi del comma 14 dell'articolo 65, con i medici incaricati un aumento delle ore settimanali oltre il limite di 24 ore e fino al limite massimo di 38 ore.

6. Ai sensi della Legge 448/2001, art. 19, comma 11, qualora non fosse possibile esperire le procedure di cui al comma 4 ed al comma 5, al solo fine di garantire il servizio si potranno incaricare, per non più di tre mesi l'anno, medici non presenti nella graduatoria regionale vigente, nei casi di carente disponibilità.

7. Per carente disponibilità di cui al comma precedente, si intende la mancanza di medici per:
a) rinuncia degli iscritti alla graduatoria regionale di settore vigente.
b) raggiungimento del tetto massimo di 38 ore settimanali da parte dei medici già incaricati del servizio.

8. L'incarico di sostituzione può essere attribuito per un periodo fino a dodici mesi, sulla base del disposto degli Accordi regionali. Un ulteriore incarico può essere conferito allo stesso medico sulla base di quanto disposto dal comma 11 del presente articolo.

9. L'incarico provvisorio cessa alla scadenza o al rientro, anche anticipato, del medico titolare dell'incarico a tempo indeterminato, o a seguito del conferimento al medico interessato di incarico a tempo indeterminato.

10. Nel caso in cui sia necessario proseguire la durata di un incarico provvisorio, i successivi incarichi vengono attribuiti secondo l'ordine della graduatoria di disponibilità o, se esistente, della graduatoria regionale di settore, a seguire rispetto al medico precedentemente incaricato.

11. Esaurite le procedure di cui al comma 10, ove non sia stato assegnato l'incarico provvisorio vacante, la ASL può attribuire lo stesso ripercorrendo integralmente la graduatoria di disponibilità e quella di settore.

12. L'azienda, per sostituzioni di durata pari o inferiore a 9 giorni, utilizza i medici in reperibilità oraria presso quella sede.

13. Tranne che per le ipotesi di cui all'articolo 18 e per espletamento del mandato parlamentare, amministrativo, ordinistico e sindacale, per sostituzione superiore a 6 mesi nell'anno, anche non continuativi, l'Azienda sentito il Comitato di cui all'art. 23, si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa e può esaminare il caso ai fini anche dell'eventuale risoluzione del rapporto convenzionale.

14. Alla sostituzione del medico sospeso dall'incarico per effetto di provvedimento di cui all'art. 30 provvede la Azienda con le modalità di cui al comma 4.

15. È demandata alla contrattazione regionale la definizione degli ulteriori contenuti e delle relative modalità di attuazione, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

ART. 71 – ORGANIZZAZIONE DELLA REPERIBILITÀ.

1. L'Azienda organizza turni di reperibilità domiciliare nei seguenti orari:
- dalle ore 19,00 alle 20,30 di tutti i giorni feriali e festivi;
- dalle ore 9,00 alle 10,30 dei soli giorni prefestivi;
- dalle ore 7,00 alle 8,30 dei soli giorni festivi.

2. Il medico di Continuità assistenziale incaricato ai sensi degli artt. 63 e 70 del presente Accordo è tenuto ad effettuare i turni di reperibilità secondo il disposto di cui al comma 1.

3. È demandata alla contrattazione regionale la definizione degli ulteriori contenuti e delle relative modalità di attuazione e di remunerazione, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

ART. 72 – TRATTAMENTO ECONOMICO.

1. In attuazione a quanto previsto all'art. 9 del presente accordo, i compensi lordi omnicomprensivi per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente capo sono stabiliti secondo la seguente tabella:

	dal 1.1.2004	dal 31.12. 2004	dal 31.12.2005
onorario professionale	19,91	20,40	20,84

2. Qualora l'Azienda non sia in grado di assicurare un mezzo di servizio al medico incaricato spetta allo stesso, nel caso utilizzi un proprio automezzo su richiesta della Azienda, un rimborso forfetario pari al costo di un litro di benzina verde per ogni ora di attività, nonché adeguata copertura assicurativa dell'automezzo.

3. Su tutti i compensi di cui al presente articolo, al netto degli Accordi regionali ed aziendali, l'Azienda versa trimestralmente e con modalità che assicurino l'individuazione dell'entità delle somme versate e del medico cui si riferiscono, un contributo previdenziale, a favore del competente fondo di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della Previdenza Sociale 15 ottobre 1976 e successive modificazioni, nella misura del 15% di cui il 9,375% a carico dell'azienda e il 5,625% a carico del medico. Tale aliquota decorre dall'1.1.2004.

4. L'Azienda versa all'ENPAM, con i tempi e le modalità di cui al comma precedente, un contributo dello 0,36% sull'ammontare dell'onorario professionale di cui al comma 1, affinché questo provveda a riversarlo alla compagnia assicuratrice con la quale i sindacati firmatari della presente intesa provvedono a stipulare apposito accordo, mediante procedura negoziale aperta ad evidenza pubblica, contro il mancato guadagno del medico per malattia, gravidanza, puerperio, anche in relazione al disposto della legge n. 379/90.

5. I compensi, indipendentemente dalle modalità attraverso le quali viene assicurata la continuità assistenziale, sono corrisposti dalla Azienda direttamente al medico che svolge l'attività.

6. Le Aziende liquidano a ciascun medico a titolo di arretrati per il triennio 2001-2003 in tre rate previste con le competenze di Marzo 2005, di settembre 2005 e di gennaio 2006, l'ammontare risultante rispettivamente dal compenso lordo di 0,31 Euro per ora di attività effettuata nel 2001, di 0,31 Euro per ora di attività effettuata nel 2002, di 0,43 Euro per ora di attività effettuata nel 2003. Con le stesse modalità le aziende erogano gli aumenti contrattuali maturati dall'1.1.2004 alla data dell'entrata in vigore del presente Accordo.

ART. 73 - ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DAGLI INCARICHI.

1. L'Azienda, previo eventuale coordinamento della materia a livello regionale, deve assicurare i medici che svolgono il servizio di continuità assistenziale contro gli infortuni subiti a causa od in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente Accordo, ivi compresi, sempreché l'attività sia prestata in comune diverso da quello di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo .

2. Il contratto e' stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali:
a) 775.000 Euro per morte od invalidità permanente;
b) 52 Euro giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno, fatti salvo diversi accordi regionali

3. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati firmatari entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo.

4. Nell'ambito degli Accordi regionali il medico inabile allo svolgimento dei compiti di cui al presente Capo, può essere adibito a specifiche differenti attività inerenti il proprio incarico.

CAPO IV

MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI

ART. 74 – CAMPO DI APPLICAZIONE.

1. Il presente Capo disciplina i rapporti di lavoro instaurati tra il Servizio sanitario nazionale ed i medici della medicina dei servizi territoriali ai sensi dell'art. 13 del presente Accordo, in conformità con le indicazioni della programmazione regionale, aziendale e distrettuale, per l'organizzazione delle attività sanitarie territoriali a rapporto orario, per le quali non sia richiesto il titolo di specializzazione e che non risultino regolate da altri accordi collettivi stipulati ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2. Ai sensi dell'art. 8, comma 1 bis, del D.L.vo n. 502/92, come modificato dal D.L.vo n. 517/93 e successive normative, nelle more dell'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo citato, le Aziende sanitarie utilizzano ad esaurimento, i medici incaricati a tempo indeterminato nella attività di medicina dei servizi, già disciplinate dal capo II del D.P.R. n. 218/92, e i medici incaricati a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 5, comma 4 dell'Allegato "N" al D.P.R. n. 484 del 1996. Per questi vale il presente Accordo.

ART. 75 – MASSIMALE ORARIO E SUE LIMITAZIONI.

1. Ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato sono conferibili aumenti di orario fino a un massimo di 38 ore settimanali sulla base degli Accordi regionali.

2. La somma dell'attività per l'incarico disciplinato dal presente Capo e di altra attività compatibile non può superare l'impegno orario settimanale di 38 ore.

3. L'incarico di medicina dei servizi territoriali fino a 24 ore settimanali cessa nei confronti del medico incaricato a tempo indeterminato per la assistenza primaria o per la pediatria di libera scelta che detenga o raggiunga un numero di scelte pari o superiore rispettivamente a 600 o 320 scelte.

4. L'incarico a 38 ore comporta l'esclusività del rapporto, fatta salva la libera professione.

5. Il medico titolare di rapporto convenzionale di assistenza primaria o di pediatria di libera scelta può detenere anche un incarico di medicina dei servizi territoriali non superiore, in ogni caso, a 24 ore settimanali.

6. Le diverse situazioni esistenti all'entrata in vigore del presente Accordo, restano immutate fino alla stipula degli Accordi regionali.

ART. 76 – AUMENTI D'ORARIO.

1. L'Azienda, qualora si rendano disponibili orari di attività per cessazione degli incarichi a tempo indeterminato, ad esclusione delle ore rese libere per inquadramento a tempo indeterminato nella dirigenza medica della dipendenza, interpella i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato presso l'Azienda medesima che abbiano espresso la propria disponibilità e assegna l'aumento delle ore all'avente diritto tra i medici operanti nell'ambito della stessa Azienda secondo l'ordine di anzianità di incarico.

2. A parità di anzianità di incarico prevalgono, nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

3. Qualora, dopo aver espletato la procedura di cui ai commi 1 e 2, siano disponibili turni vacanti, l'azienda può comunicare la disponibilità al Comitato di cui all'art. 23 per l'eventuale trasferimento di medici già incaricati a tempo indeterminato in altra Azienda.

ART. 77 - RIDUZIONE DI ORARIO DEGLI INCARICHI E SOPPRESSIONE DEI SERVIZI.

1. Per mutate ed accertate esigenze di servizio, sentiti i sindacati firmatari del presente accordo, l'Azienda può dar luogo a riduzione di orario dell'incarico, dandone comunicazione all'interessato mediante lettera raccomandata A.R. con preavviso di un mese. La riduzione dell'orario si applica al medico con minore anzianità di incarico nell'ambito del medesimo servizio.

2. I provvedimenti con i quali si riducono gli orari o comunque si introducono modificazioni nei rapporti disciplinati dal presente accordo sono comunicati entro 10 giorni al comitato di cui all'art. 23.

3. Eventuali nuovi aumenti di orario interessanti servizi già oggetto di precedenti riduzioni orarie, sono attribuiti al medico al quale era stata applicata la decurtazione di orario, ove possibile, o, comunque, al medico incaricato a tempo indeterminato con orario di incarico più basso.

4. Nel caso di non agibilità temporanea delle strutture per cause non imputabili al medico, l'Azienda assicura l'utilizzo temporaneo del medico in altra struttura idonea e, comunque, senza danno economico per l'interessato e senza soluzione di continuità dell'incarico.

ART. 78 – COMPITI E DOVERI DEL MEDICO – LIBERA PROFESSIONE.

1. Il medico titolare di incarico a tempo indeterminato deve:
a) attenersi alle disposizioni contenute nel presente accordo e a quelle che l'Azienda emana per il buon funzionamento del servizio e il perseguimento dei fini istituzionali;
b) osservare l'orario di attività indicato nella lettera di incarico a tempo indeterminato.

2. Le Aziende provvedono al controllo dell'osservanza dell'orario con procedure uguali a quelle in vigore per il personale dipendente.

3. A seguito dell'inosservanza dell'orario sono in ogni caso effettuate trattenute mensili sulle competenze del medico inadempiente, previa rilevazione contabile delle ore di lavoro non effettuate.

4. Ripetute e non occasionali infrazioni in materia di orario di lavoro e di rispetto dei compiti previsti dal presente Capo potranno essere contestate al medico secondo la procedura di cui all'articolo 30 del presente Accordo.

5. Il mancato invio dell'Allegato L o infedeli dichiarazioni costituiscono motivo di applicazione al medico del procedimento sanzionatorio di cui all'articolo 30.

6. Il medico è tenuto a svolgere tutti i compiti affidati dall'Azienda, ivi comprese le eventuali variazioni in ordine alle sedi ed alla tipologia dell'attività.

7. Sono inoltre doveri e compiti del medico:
a) l'adesione alle équipes territoriali ed alle altre forme associative complesse e strutturali;
b) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario nazionale, anche in relazione a quanto previsto dall'art. 29;
c) la collaborazione funzionale con la dirigenza sanitaria dell'Azienda per la realizzazione dei compiti istituzionali del Servizio sanitario nazionale.

8. I medici titolari di incarico a tempo indeterminato partecipano ai progetti assistenziali secondo quanto definito dagli Accordi regionali ed aziendali.

9. Il medico incaricato per le attività di medicina dei servizi può esercitare la libera professione al di fuori degli orari di servizio, purché essa non rechi pregiudizio alcuno al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali.

10. Il medico che svolge attività libero professionale, deve rilasciare alla Azienda apposita dichiarazione in coerenza col disposto del comma 1.

11. Nell'ambito dell'attività libero professionale il medico dei servizi territoriali può svolgere attività in favore dei fondi integrativi di cui all'art. 9 del D.Lgs. n. 502/92 e sue successive modificazioni e integrazioni.

12. Per le attività disciplinate dal presente Capo, sono prestazioni indispensabili ai sensi della legge 146/1990 e della legge 83/2000, quelle rese nell'ambito dei servizi per la tossicodipendenza, di igiene pubblica, di igiene mentale, di medicina fiscale.

13. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione del presente articolo, secondo quanto disposto dall'art. 14.

14. Le Aziende sanitarie possono affidare sulla base di accordi regionali, ed esigenze organizzative, incarichi per specifiche responsabilità ai medici di cui al presente Capo.

ART. 79 – TRASFERIMENTI.

1. Il trasferimento dei medici tra Aziende della stessa regione o di regioni diverse, può avvenire a domanda del medico previo nulla-osta dei Direttori Generali delle Aziende interessate.

2. Per il trasferimento a domanda, l'interessato deve farne contestuale richiesta alle Aziende di provenienza e di destinazione.

3. L'Azienda di destinazione deve dare comunicazione al comitato zonale della disponibilità del posto da ricoprire mediante l'accoglimento della richiesta di trasferimento; nel caso di più medici interessati, prevale la posizione del medico che svolge l'attività di cui al presente accordo in via esclusiva, in subordine l'anzianità di incarico, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

4. Ove sia possibile in relazione alle disponibilità orarie il medico è trasferito all'Azienda di destinazione con il medesimo numero di ore di cui era titolare nell'Azienda di provenienza.

5. Il trasferimento del medico nell'ambito dei servizi distrettuali della Azienda può avvenire anche a domanda dell'interessato.

6. Le Aziende, fatto salvo quanto previsto in materia di riduzione degli orari dall'articolo 77, possono attivare modifiche delle sedi di attività dei medici, con mantenimento dell'orario complessivo del medico, all'interno della Azienda nell'ambito di accorpamenti di sedi funzionali ad una migliore organizzazione dei servizi territoriali, d'intesa con i sindacati firmatari del presente Accordo.

7. I trasferimenti d'ufficio devono essere giustificati o dall'opportunità di unificare in un sola zona le prestazioni del sanitario, oppure di concentrazione o soppressione di servizi, nel rispetto dei criteri generali in materia di mobilità concordati a livello aziendale con i sindacati firmatari del presente accordo.

8. Nel caso di trasferimento d'ufficio al medico viene comunque assicurato il mantenimento del numero di ore di attività già assegnato; l'orario di servizio presso il presidio di destinazione è determinato dall'Azienda sentito il medico.

9. Il medico trasferito, a domanda o di ufficio, conserva l'anzianità maturata nel servizio di provenienza.

10. Nel caso di non agibilità temporanea delle strutture per cause non imputabili al medico, l'Azienda assicura l'utilizzo temporaneo del medico in altra struttura idonea e, comunque, senza danno economico per l'interessato.

11. Al medico che accetta il trasferimento di incarico ad altra Azienda viene garantita, comunque, la contestualità, in continuità di servizio, tra la cessazione del vecchio incarico e l'attivazione del nuovo.

ART. 80 – DISPONIBILITÀ.

1. Gli Accordi regionali disciplinano la disponibilità del medico di medicina dei servizi territoriali, previo suo consenso, presso strutture o Enti del Servizio sanitario nazionale o regionale.

ART. 81 – SOSTITUZIONI.

1. Alle sostituzioni dei medici incaricati a tempo indeterminato che per giustificato motivo si assentino dal servizio l'Azienda provvede assegnando incarichi provvisori secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità, di cui all'art. 15, comma 12, o, in mancanza, di quella regionale di settore se presente, di cui al presente Accordo, con priorità per i medici residenti nell'ambito dell'Azienda.

2. L'incarico di sostituzione non può superare la durata di tre mesi.

3. L'incarico di sostituzione cessa alla scadenza o al rientro, anche anticipato, del medico titolare dell'incarico a tempo indeterminato.

4. Alla scadenza, un ulteriore incarico potrà essere conferito dalla Azienda ad un altro medico a seguire e secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità, di cui all'art. 15, comma 12, o, in mancanza, di quella regionale di settore, di cui al presente Accordo.

5. Tranne che per le ipotesi di cui all'articolo 18 e per espletamento del mandato parlamentare, amministrativo, ordinistico e sindacale, per sostituzione superiore a 6 mesi nell'anno, anche non continuativi, per motivi che non siano quelli previsti dall'art. 18, l'Azienda sentito il Comitato di cui all'art. 23, si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa e può esaminare il caso ai fini anche dell'eventuale risoluzione del rapporto convenzionale.

6. Alla sostituzione del medico sospeso dall'incarico per effetto di provvedimento di cui all'art. 30 provvede l'Azienda con le modalità di cui ai commi 2 e 4.

7. Al medico sostituto spetta il trattamento economico di cui all'articolo 85.

ART. 82 - PERMESSO ANNUALE RETRIBUITO - CONGEDO MATRIMONIALE.

1. Per ogni anno di effettivo servizio prestato, al medico incaricato a tempo indeterminato spetta un periodo di permesso retribuito irrinunciabile di trenta giorni non festivi, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a cinque volte l'impegno orario settimanale.

2. Il permesso è usufruito in uno o più periodi, a richiesta dell'interessato, con un preavviso di quarantacinque giorni

3. Se il permesso è chiesto fuori dei termini del preavviso esso è concesso a condizione che l'Azienda possa provvedere al servizio.

4. Ai fini del computo del permesso retribuito non sono considerati attività di servizio i periodi di assenza non retribuiti di cui all'art. 84.

5. Il periodo di permesso viene fruito durante l'anno solare al quale si riferisce e comunque non oltre il primo semestre dell'anno successivo.

6. Per periodi di servizio inferiori ad un anno spettano tanti dodicesimi del permesso retribuito quanti sono i mesi di servizio prestati.

7. Al medico confermato spetta un congedo matrimoniale retribuito di quindici giorni non festivi continuativi, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a due volte e mezzo l'impegno orario settimanale, con inizio non anteriore a tre giorni prima della data del matrimonio.

8. Durante il permesso retribuito e il congedo matrimoniale è corrisposto il normale trattamento di servizio.

ART. 83 – MALATTIA - GRAVIDANZA.

1. Al medico incaricato a tempo indeterminato che si assenta per comprovata malattia o infortunio, anche non continuativamente nell'arco di trenta mesi, che gli impediscano qualsiasi attività lavorativa, l'Azienda corrisponde l'intero trattamento economico, goduto in attività di servizio, per i primi sei mesi e al 50 per cento per i successivi tre mesi e conserva l'incarico per ulteriori quindici mesi, senza emolumenti.

2. L'Azienda può disporre controlli sanitari in relazione agli stati di malattia o infortunio denunciati.

3. In caso di gravidanza o puerperio, l'Azienda mantiene l'incarico per sei mesi continuativi.

4. Durante la gravidanza e il puerperio l'Azienda corrisponde l'intero trattamento economico goduto in attività di servizio per un periodo massimo complessivo di quattordici settimane.

ART. 84 - ASSENZE NON RETRIBUITE.

1. Il medico è sospeso dall'incarico, con conservazione dello stesso, con le modalità e per i motivi di cui all'art. 18 del presente Accordo.

2. Salvo il caso di inderogabile urgenza, il medico deve avanzare richiesta per l'ottenimento dei permessi di cui al presente articolo con un preavviso di almeno sette giorni.

3. Ricorrenti assenze non retribuite sono valutate per l'eventuale procedimento di cui all'art. 30 del presente Accordo.

4. In caso che il medico svolga incarichi ai sensi del presente Capo in più posti di lavoro o in più Aziende il periodo di assenza non retribuita deve essere fruito contemporaneamente.

5. Nessun compenso è dovuto al medico per i periodi di assenza di cui al presente articolo, i quali non sono conteggiati a nessun fine come anzianità di incarico.

ART. 85 – TRATTAMENTO ECONOMICO.

1. A far data dall'1.1.2004, il trattamento economico è quello previsto dall'art. 14 allegato N del Dpr 270/2000, fatta esclusione per il contributo previdenziale di cui al comma 1, lettera d), incrementato di euro 1.81 per ogni ora di incarico.
L'incremento previsto alla data dell'1.1.2004 viene incrementato di euro 0,49 dal 31.12.2004. L'incremento maturato al 31.12.2004 viene incrementato di euro 0,44 dal 31.12.2005.

2. Su tutti i compensi di cui al presente articolo, al netto degli Accordi regionali ed aziendali, l'Azienda versa trimestralmente e con modalità che assicurino l'individuazione dell'entità delle somme versate e del medico cui si riferiscono, un contributo previdenziale, a favore del competente fondo di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della Previdenza Sociale 15 ottobre 1976 e successive modificazioni, nella misura del 24,5% di cui il 14,16% a carico della azienda e il 10,34% a carico del medico. Tale aliquota decorre dall'1.1.2004.

3. Le Aziende liquidano a ciascun medico a titolo di arretrati per il triennio 2001-2003 in tre rate previste con le competenze di Marzo 2005, di Settembre 2005 e di Gennaio 2006, l'ammontare risultante rispettivamente dal compenso lordo di 0,48 Euro per ora di incarico nel 2001, di 0,48 Euro per ora di incarico nel 2002, di 0,675 Euro per ora di incarico nel 2003. Con le stesse modalità le aziende erogano gli aumenti contrattuali maturati dall'1.1.2004 alla data di entrata in vigore del presente Accordo.

ART. 86- RIMBORSO SPESE DI ACCESSO.

1. Per incarichi svolti in comune diverso da quello di residenza, purché entrambi siano compresi nella stessa provincia, viene corrisposto, per ogni accesso, un rimborso spese per chilometro in misura uguale a quella prevista per il personale dipendente.

2. Il rimborso non compete nell'ipotesi che il medico abbia un recapito professionale nel comune sede di presidio presso il quale svolge l'incarico. Nel caso di soppressione di tale recapito, il rimborso è ripristinato dopo tre mesi dalla comunicazione dell'intervenuta soppressione all'Azienda.

3. La misura del rimborso spese sarà proporzionalmente ridotta nel caso in cui l'interessato trasferisca la residenza in comune più vicino a quello sede del presidio. Rimarrà invece invariata qualora il medico trasferisca la propria residenza in comune sito a uguale o maggiore distanza da quello sede del posto di lavoro.

ART. 87 - PREMIO DI COLLABORAZIONE.

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato è corrisposto un premio annuo di collaborazione pari a un dodicesimo del compenso di cui all'articolo 85, comma 1.

2. Detto premio è liquidato entro il 31 dicembre dell'anno di competenza.

3. Al medico che cessa dal servizio prima del 31 dicembre il premio viene liquidato all'atto della cessazione del servizio.

4. Il premio di collaborazione non compete al medico nei cui confronti sia stato adottato il provvedimento di sospensione o di risoluzione del rapporto professionale per motivi disciplinari.

ART. 88 - PREMIO DI OPEROSITÀ.

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato spetta alla cessazione dell'incarico un premio di operosità nella misura di una mensilità per ogni anno di servizio prestato; a tal fine non sono computati tutti i periodi di assenza dal servizio non retribuiti ai sensi del presente Capo.

2. Per le frazioni di anno, la mensilità di premio sarà ragguagliata al numero dei mesi di servizio svolto, computando a tal fine per mese intero la frazione di mese superiore a 15 giorni, e non calcolando quella pari o inferiore a 15 giorni.

3. Il premio di operosità e' calcolato sul compenso orario di cui all'art. 85, sul premio di collaborazione, sull'indennità di piena disponibilità e sull'assegno alla persona di cui all'art. 14, comma 1, lett. a2) dell'Allegato N DPR n. 270 del 2000, nonchè in base ai criteri previsti dall'allegato E annesso al DPR n. 884/84 che qui si intendono integralmente richiamati.

4. Conseguentemente ciascuna mensilità di premio potrà essere frazionata in dodicesimi; la frazione di mese superiore a 15 giorni è computata per mese intero, quella pari o inferiore a 15 giorni non è computata.

ART. 89 - ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI DERIVANTI DALL'INCARICO.

1. L'Azienda, previo eventuale coordinamento della materia a livello regionale, deve assicurare i medici che svolgono il servizio di medicina dei servizi contro i danni da responsabilità professionale verso terzi e contro gli infortuni subiti a causa od in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente Capo, ivi compresi, ove l'attività sia prestata in una sede diversa da quella di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previste dal presente Accordo.

2. Il contratto è stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali:
a) 775.000 Euro per morte od invalidità permanente;
b) 52 Euro giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno.

3. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati firmatari entro sei mesi dalla entrata in vigore del presente Accordo.

ART. 90 - RAPPORTI TRA IL MEDICO CONVENZIONATO E LA DIRIGENZA SANITARIA DELL'AZIENDA.

1. Ai fini del corretto rapporto tra i medici dei servizi territoriali e le Aziende sanitarie locali in merito al controllo della corretta applicazione delle convenzioni, per quel che riguarda gli aspetti sanitari, ed al rispetto delle norme in esse contenute, le Regioni individuano, secondo la legislazione regionale in materia di organizzazione della Azienda, i servizi e le figure dirigenziali preposte.

2. I medici convenzionati di cui al presente Capo sono tenuti a collaborare con le suddette strutture dirigenziali in relazione a quanto previsto e disciplinato dal presente Accordo.

CAPO V

L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

ART. 91 - GENERALITÀ E CAMPO DI APPLICAZIONE.

1. Nelle more della realizzazione delle disposizioni di cui all'art. 8, comma 1 bis del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, l'organizzazione della emergenza sanitaria territoriale viene realizzata in osservanza della programmazione regionale esistente e in coerenza con le norme di cui al D.P.R. 27 marzo 1992 e con l'Atto d'intesa tra Stato e Regioni di applicazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria pubblicato nella G.U. del 17.5.96.

2. La Regione che si avvale di personale medico convenzionato per l'espletamento del servizio, utilizza medici incaricati sulla base di una graduatoria regionale di settore secondo quanto disposto dall'articolo 15 del presente Accordo.

3. Gli Accordi regionali definiscono le modalità organizzative del Servizio di Emergenza sanitaria convenzionata di cui al presente Accordo, sulla base di quanto definito dai successivi articoli del presente Capo.

ART. 92 – INDIVIDUAZIONE E ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI.

1. L'Azienda procede alla data del 1° marzo e del 1° settembre di ogni anno alla verifica degli organici in dotazione ai servizi di emergenza territoriale al fine di individuare gli incarichi vacanti da pubblicarsi ai fini della successiva copertura

2. Individuata la vacanza di incarico, l'Azienda ne dà comunicazione alla Regione, per le procedure di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

3. Entro la fine dei mesi di Aprile e di Ottobre di ogni anno ciascuna Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale, in concomitanza con la pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria, gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria Territoriale, come individuati al precedente comma 1.

4. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi dell'art. 66 del DPR 270/2000 e dell'art. 96 del presente Accordo.

5. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti resi pubblici secondo quanto stabilito dai precedenti commi:

a) i medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale nelle Aziende, anche diverse, della regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti e nelle Aziende, di altre regioni, anche diverse, ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale di settore, a condizione peraltro che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno due anni dell'incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;

b) i medici inclusi nella graduatoria regionale di settore valida per l'anno in corso e che siano in possesso dei requisiti necessari per le attività di emergenza sanitaria territoriale, con priorità per:
   b1) medici già incaricati a tempo indeterminato presso la stessa Azienda nel servizio di continuità assistenziale, di cui al Capo III;
   b2) medici incaricati a tempo indeterminato di continuità assistenziale nell'ambito della stessa regione, con priorità per quelli residenti nell'ambito della Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;
   b3) medici inseriti nella graduatoria regionale, con priorità per quelli residenti nell'ambito della Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante.

6. In caso di pari posizione, i medici di cui al comma 5 lett. a) sono graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

7. Al fine del conferimento degli incarichi vacanti ai medici di cui al comma 5, lettera b, gli stessi sono graduati secondo il punteggio riportato nella graduatoria regionale di settore vigente.

8. L'Azienda interpella prioritariamente i medici di cui alla lettera a) del precedente comma 5 in base alla anzianità di servizio; laddove risulti necessario, interpella successivamente i medici di cui alla lettera b) dello stesso comma 5;

9. L'anzianità di servizio a valere per l'assegnazione degli incarichi vacanti ai sensi del precedente comma 5, lettera a) è determinata sommando:

a) l'anzianità totale di servizio effettivo nella emergenza sanitaria territoriale;

b) l'anzianità di servizio effettivo nell'incarico di provenienza, ancorché già computato nell'anzianità di cui alla lettera a).

10. È cancellato dalla graduatoria regionale di settore vigente il medico che abbia accettato l'incarico ai sensi del presente articolo. Il medico che, avendo concorso all'assegnazione di un incarico vacante avvalendosi della facoltà di cui al precedente comma 5, lettera a), accetta l'incarico ai sensi del presente articolo, decade dall'incarico di provenienza dalla data di decorrenza del nuovo incarico.

11. I medici incaricati di emergenza sanitaria ai quali sia riconosciuto dalla competente commissione sanitaria dell'Azienda gia individuata per il personale dipendente lo stato di inidoncità all'attività sui mezzi mobili di soccorso, ivi compreso lo stato di gravidanza fin dal suo inizio, sono ricollocati ed utilizzati nelle centrali operative, nei presidi fissi di emergenza e nei DEA/PS.

12. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

13. Gli aspiranti, entro 15 giorni dalla pubblicazione di cui al comma 3, presentano alla Azienda apposita domanda di assegnazione di uno o più degli incarichi vacanti pubblicati, in conformità allo schema di cui agli Allegati Q/2 o Q/5.

14. In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovino in posizione di incompatibilità, secondo lo schema allegato sub lettera "L". Eventuali situazioni di incompatibilità devono cessare al momento dell'assegnazione dell'incarico.

15. Le graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vengono formulate sulla base delle relative posizioni dei concorrenti ed apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico lo o gli incarichi vacanti per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.

16. L'Azienda provvede alla convocazione, mediante raccomandata AR o telegramma, di tutti i medici aventi titolo alla assegnazione degli incarichi dichiarati vacanti e pubblicati, presso la sede indicata dall'Assessorato regionale alla sanità, in maniera programmata e per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione.

17. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.

18. Il medico impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma, indicando nello stesso l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli incarichi vacanti per i quali ha concorso. In tal caso sarà attribuito il primo incarico disponibile, a cui il medico ha titolo in base alle priorità, tra gli incarichi vacanti indicati dal medico concorrente.

19. L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici.

20. La Regione, sentito il comitato di cui all'art. 24 e nel rispetto dei precedenti commi, può adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.

21. Le Regioni, previa valutazione del fabbisogno di operatori, organizzano almeno una volta all'anno i corsi specifici di idoneità all'emergenza, definendone i relativi criteri di accesso e le modalità.

22. Nell'ambito degli Accordi aziendali sono definiti i criteri di mobilità intraaziendale.

ART. 93 – MASSIMALE ORARIO.

1. Gli incarichi a tempo indeterminato sono conferiti per 38 ore settimanali, presso una sola Azienda, e comportano l'esclusività del rapporto.

2. L' azienda può conferire incarichi provvisori sulla base della graduatoria di settore vigente o, se esistente, della graduatoria aziendale di disponibilità.

3. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

4. L'Azienda, per un massimo di mesi dodici può conferire incarichi provvisori ai sensi dell'art. 97 comma 4, per 38 ore settimanali. Eccezionalmente e comunque non oltre il 31 dicembre 2005 possono essere conferiti tali incarichi provvisori, anche a tempo parziale, per 24 ore settimanali; in tale caso lo svolgimento di altre attività compatibili comporta la riduzione di queste ultime in misura corrispondente all'eccedenza. Sono fatte salve temporanee e specifiche diverse determinazioni regionali in relazione a obiettive difficoltà di organizzazione del Servizio, al fine di salvaguardare il livello qualitativo dell'emergenza sanitaria territoriale

5. L'orario complessivo dell'incarico a tempo parziale di cui al precedente comma e quello risultante da altre attività orarie compatibili non può superare le 38 ore settimanali.

6. L'attività continuativa di servizio non può superare le 12 ore. Un ulteriore turno di servizio non può essere iniziato prima che siano trascorse 12 ore dalla fine del turno precedente.

7. Per ragioni eccezionali e contingenti specifiche della tipologia dell'attività, qualora il servizio debba essere prolungato oltre il turno prestabilito, l'attività continuativa può superare le 12 ore, ma mai comunque le 15 ore.

8. I turni di servizio dei medici incaricati di emergenza sanitaria territoriale devono essere disposti sulla base del principio della equità distributiva, fra tutti i medici incaricati, dei turni diurni, notturni e festivi.

9. Nell'ambito degli accordi regionali, possono essere individuate le modalità organizzative e di collaborazione dei medici del 118 presso le strutture intramurarie aziendali dell' Emergenza-Urgenza, nelle quali essi operano.

ART. 94 – CAMPO DI APPLICAZIONE E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ.

1. L'attività del servizio oggetto delle presenti disposizioni si esplica nell'arco delle 24 ore per interventi di primo soccorso, per attività di coordinamento operativo e risposta sanitaria nella Centrale Operativa 118, per interventi di soccorso in caso di maxi-emergenze o disastro e, a integrazione, nelle attività dei D.E.A./PS e aree afferenti con le collaborazioni di cui al comma 3, dell'articolo 95.

2. Il medico incaricato di emergenza sanitaria opera di norma nelle sottoelencate sedi di lavoro:
a. Centrali operative;
b. Postazioni fisse o mobili, di soccorso avanzato e punti di primo intervento;
c. PS/D.E.A.

3. Il Medico incaricato svolge la propria attività nel contesto del sistema di emergenza, organizzato secondo la normativa Nazionale in vigore in materia di emergenza sanitaria.

4. Le Regioni definiscono i canali informativi, le procedure e le modalità dell'aggiornamento continuo del Medico dell'emergenza, in materia di protocolli ed indirizzi Nazionali e Regionali del Sistema di Emergenza.

5. Le Regioni definiscono le modalità di partecipazione dei medici dell'emergenza alla programmazione del servizio, anche mediante incontri tecnici periodici tra i medici preposti, i responsabili delle centrali operative e i dirigenti Regionali preposti.

ART. 95 – COMPITI DEL MEDICO – LIBERA PROFESSIONE.

1. Il medico incaricato svolge i seguenti compiti retribuiti con la quota fissa oraria:
a) interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato secondo la vigente normativa;
b) attività assistenziali e organizzative in occasione di maxiemergenze e NBCR, previo svolgimento di apposito corso di formazione predisposto a livello regionale o aziendale;
c) trasferimenti assistiti a bordo di autoambulanze attrezzate;
d) attività presso centrali operative anche nell'ambito dei dipartimenti di emergenza e urgenza.

2. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei successivi commi del presente articolo, secondo quanto disposto dall'art. 14.

3. I medici di cui al precedente comma 1 possono inoltre, sulla base di appositi accordi regionali ed aziendali:
a) collaborare, per il tempo in cui non sono impegnati in compiti propri dell'incarico, nelle attività di primo intervento dei presidi territoriali delle Aziende Sanitarie e nelle strutture di Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri dell'Azienda stessa facenti parte dei dipartimenti di emergenza e urgenza;
b) essere utilizzati per attività presso punti di soccorso fissi o mobili, in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche e culturali ecc.;
c) svolgere nelle centrali operative attività di coordinamento e di riferimento interno ed esterno al servizio;
d) operare interventi di assistenza e di soccorso avanzato su mezzi attrezzati ad ala fissa, ala rotante, auto e moto medica ed altri mezzi di trasporto attrezzati.

4. Ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale sono attribuiti anche ulteriori compiti previsti dagli Accordi regionali compresi quelli di formazione e aggiornamento del personale sanitario.

5. Ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale possono essere attribuiti compiti di formazione e aggiornamento del personale medico, sulla base di apposite determinazioni assunte nell'ambito degli Accordi regionali.

6. Sulla base di apposita programmazione Regionale e Aziendale i medici dell'Emergenza possono partecipare, secondo accordi regionali ed aziendali, a progetti formativi e di educazione sanitaria dei cittadini in materia di emergenza sanitaria territoriale e primo intervento sanitario.

7. Il medico addetto alla Centrale Operativa deve essere fisicamente presente al suo posto durante il turno di servizio.

8. Il medico in turno di servizio assistenziale deve essere presente fino all'arrivo del medico addetto al turno successivo. Al medico che deve prolungare il proprio turno per ritardato arrivo del medico addetto al turno successivo, spetta un compenso aggiuntivo pari all'eccedenza di orario svolto. Tale compenso viene trattenuto in misura corrispondente al medico ritardatario.

9. Il medico in turno di servizio è tenuto ad espletare gli interventi richiesti nel corso del turno, ed a completare l' intervento che eventualmente si prolunghi oltre il termine del turno di servizio medesimo. L'eccedenza di orario derivante dall'intervento di cui sopra è retribuita secondo quanto disposto dall'art. 98.

10. Il medico incaricato per le attività di emergenza sanitaria territoriale può esercitare la libera professione al di fuori degli orari di servizio, purché essa non rechi pregiudizio alcuno al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali.

11. Il medico che svolge attività libero professionale, deve rilasciare alla Azienda apposita dichiarazione in coerenza col disposto del comma 10.

12. Nell'ambito dell'attività libero professionale il medico di emergenza sanitaria territoriale può svolgere attività in favore dei fondi integrativi di cui all'art. 9 del D.Lgs. n. 502/92 e sue successive modificazioni e integrazioni.

ART. 96 - IDONEITÀ ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI EMERGENZA.

1. Al fine di esercitare le attività indicate dall'articolo precedente i medici devono essere in possesso di apposito attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, rilasciato dalle Aziende sulla base di quanto disposto ai successivi commi.

2. Le Regioni formulano, sulla base della normativa vigente, il programma di un apposito corso di formazione della durata di almeno 4 mesi, per un orario complessivo non inferiore a 300 ore, da svolgersi prevalentemente in forma di esercitazione e tirocinio pratico secondo le norme vigenti.

3. Le Aziende di norma quantificano entro il 30 giugno di ogni anno il proprio fabbisogno di personale medico da utilizzare, nell'anno successivo, per le esigenze complessive (incarichi, sostituzioni e reperibilità) dell'emergenza sanitaria territoriale ed organizzano e svolgono entro il 31 dicembre uno o più corsi di cui deve essere preventivamente data pubblicità sul Bollettino Ufficiale Regionale.

4. Ai corsi partecipano, i medici già incaricati nei servizi di continuità assistenziale residenti nella stessa Azienda secondo l'anzianità di incarico; in carenza di medici disponibili possono partecipare ai corsi i medici incaricati di continuità assistenziale residenti in Aziende limitrofe, secondo l'anzianità di incarico.

5. In caso di mancanza di medici disponibili alla frequenza del corso di idoneità alle attività di emergenza sanitaria territoriale tra quelli aventi diritto ai sensi del comma 4, l'Azienda può ammettere al corso un numero di medici incaricati di continuità assistenziale in ambito regionale pari ai relativi posti vacanti e secondo l'anzianità di incarico. In caso di ulteriore carenza, ai corsi partecipano i medici residenti nella stessa Azienda secondo l'ordine della graduatoria regionale.

6. Qualora, dopo aver individuato gli aventi titolo ai sensi dei commi precedenti, sussista una ulteriore disponibilità di posti, questi vengono assegnati secondo l'ordine della graduatoria regionale.

7. Il corso si conclude con un giudizio di idoneità, o meno, dei partecipanti e con il rilascio da parte della Azienda di un attestato di idoneità allo svolgimento di attività di emergenza sanitaria territoriale valido presso tutte le Aziende Unità Sanitarie Locali.

8. Nell'ambito degli accordi regionali sono definiti i criteri di accesso e modalità di partecipazione al corso.

ART. 97 – SOSTITUZIONI, INCARICHI PROVVISORI – REPERIBILITÀ.

1. Fermo restando l'obbligo per il medico di dover comunicare al responsabile del servizio dell'Azienda la impossibilità di assicurare l'attività durante il turno previsto, qualora egli non sia in grado di farlo tempestivamente, contatta il responsabile della centrale operativa affinché, utilizzando la lista di cui al comma 13 provveda alla sostituzione.

2. Il medico che si trovi nella condizione di non poter prestare la propria opera per le condizioni previste dall'articolo 18, deve essere sostituito da un medico nominato dalla Azienda con incarico provvisorio.

3. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

4. Nelle more dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, stabilite dall'art. 92, l'Azienda può conferire incarichi provvisori, secondo le disposizioni di cui al successivo comma 7. L'incarico provvisorio non può essere superiore a dodici mesi. L'incarico provvisorio cessa alla scadenza o a seguito del conferimento dell'incarico a tempo indeterminato.

5. Alla scadenza dell'incarico di cui al comma 4, un ulteriore incarico potrà essere conferito dall' Azienda ad un altro medico a seguire e secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità (ex comma 12, art. 15) o, in mancanza, di quella regionale di settore, ove vigente, di cui al presente Accordo. Esaurita la graduatoria, l'incarico potrà essere attribuito al medico precedentemente incaricato.

6. Per esigenze relative a importanti flussi turistici o di altro genere e per specifiche istanze sperimentali, le aziende possono istituire punti di emergenza sanitaria territoriale conferendo incarichi provvisori della durata massima di mesi sei, a medici inseriti nella graduatoria regionale in possesso dell'attestato di cui all'art. 92, comma 4.

7. Gli incarichi provvisori conferiti dall'Azienda ai sensi dei precedenti commi 4 e 6, vengono assegnati prioritariamente ai medici inseriti nella vigente graduatoria in possesso dell'attestato di cui all'art. 92, comma 4, e secondo l'ordine delle stesse, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito dell'Azienda stessa.

8. Alla sostituzione del medico sospeso dal servizio per effetto di provvedimento di cui all'art. 30 provvede la Azienda con le modalità di cui al precedente comma 7.

9. Considerate le peculiarità del servizio di Emergenza Territoriale, le professionalità necessarie e la responsabilità intrinseca al Servizio stesso, per eventuali assenze impreviste od improvvise, l'azienda organizza, sulla base di apposite determinazioni previste dagli Accordi regionali, i turni di reperibilità dei medici incaricati nel servizio di emergenza sanitaria territoriale.

10. L'Azienda organizza, utilizzando i medici incaricati nel servizio di emergenza sanitaria territoriale, turni di reperibilità domiciliare di 12 ore al fine di fronteggiare assenze improvvise dei medici incaricati del turno di lavoro. I turni mensili di reperibilità eccedenti il numero di 4 vengono retribuiti mediante accordi regionali.

11. Ulteriori reperibilità, comprese quelle per le maxiemergenze, possono essere attivate in relazione a specifiche necessità determinatesi nell'ambito del Servizio, previo accordo con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

12. Il numero dei medici in reperibilità, utilizzati per ciascun turno, non può essere inferiore al rapporto di 1 reperibile per 6 medici in guardia attiva nel turno corrispondente. Sono fatti salvi eventuali differenti accordi regionali già in essere all'atto dell'entrata in vigore del presente Accordo.

13. L'Azienda Sanitaria Locale fornisce alla Centrale Operativa copia dell'elenco dei medici reperibili, comprensiva del relativo indirizzo e del recapito telefonico presso cui ciascuno può essere reperito ed i turni ad essi assegnati.

ART. 98 - TRATTAMENTO ECONOMICO - RIPOSO ANNUALE.

1. In attuazione di quanto previsto all'art. 9 del presente accordo, i compensi lordi omnicomprensivi per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente capo sono stabiliti secondo la seguente tabella:

	dal 1.1.2004	dal 31.12. 2004	Dal 31.12.2005
onorario professionale	19,91	20,40	20,84

2. Gli accordi regionali ed aziendali, per lo svolgimento dei compiti di cui all'art. 95, commi 3,4,5,6, nonché di ulteriori compiti individuati dalla contrattazione, prevedono i compensi da corrispondere ai medici che partecipano alle attività relative agli accordi medesimi.

3. Fatti salvi gli accordi regionali in essere, al medico addetto all'emergenza sanitaria territoriale spetta un periodo annuale retribuito di astensione obbligatoria dal lavoro per riposo pari a 21 giorni lavorativi esclusi i festivi, da fruirsi per 11 giorni a scelta da parte del medico e per i restanti 10 su indicazione dell'Azienda sulla base delle esigenze di servizio, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a tre volte l'impegno orario settimanale. Qualora sussistano eccezionalmente incarichi inferiori a 38 ore settimanali, il periodo di riposo è ridotto in misura proporzionale. Il periodo di riposo annuale è commisurato alla durata dell'incarico.

4. Le eventuali ore di servizio eccedenti le 38 settimanali, attribuite dall'Azienda temporaneamente e a garanzia della copertura del servizio, sono retribuite aggiuntivamente secondo le determinazioni previste dagli Accordi Regionali.

5. Le Aziende liquidano a ciascun medico a titolo di arretrati per il triennio 2001-2003 in tre rate previste con le competenze di Marzo 2005, di settembre 2005 e di gennaio 2006, l'ammontare risultante rispettivamente dal compenso lordo di 0,31 Euro per ora di attività effettuata nel 2001, di 0,31 Euro per ora di attività effettuata nel 2002, di 0,43 Euro per ora di attività effettuata nel 2003. Con le stesse modalità le aziende erogano gli aumenti contrattuali maturati dall'1.1.2004 alla data di entrata in vigore del presente Accordo

ART. 99 – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DALL'INCARICO.

1. Su tutti i compensi di cui all'art. 98 comma 1 l'Azienda versa trimestralmente e con modalità che assicurino l'individuazione dell'entità delle somme versate e del medico cui si riferiscono, un contributo previdenziale, a favore del competente fondo di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della Previdenza Sociale 15 ottobre 1976 e successive modificazioni, nella misura del 15% di cui l'9,375% a proprio carico e il 5,625% a carico del medico. Tale aliquota decorre dall'1.1.2004.

2. L'Azienda versa all'ENPAM, con i tempi e le modalità di cui al comma precedente, un contributo dello 0,36% sull'ammontare dei compensi di cui all'art. 98, comma 1, affinché questo provveda a riversarlo alla compagnia assicuratrice con la quale i sindacati firmatari dell'accordo provvedono a stipulare apposito accordo, mediante procedura negoziale aperta a evidenza pubblica, contro il mancato guadagno del medico per malattia, gravidanza, puerperio e infortunio, anche in relazione al disposto della legge n. 379/90.

3. L'Azienda, previo coordinamento della materia a livello regionale, deve assicurare i medici che svolgono il servizio di emergenza sanitaria territoriale contro gli infortuni subiti a causa o in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente accordo, ivi compresi, qualora l'attività sia prestata in comune diverso da quello di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché in occasione dello svolgimento di attività intra-moenia ai sensi dell'art. 95 del presente Accordo.

4. La copertura assicurativa di cui al comma 3 è estesa anche ai danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo.

5. Il contratto è stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali:
a) 775.000 Euro per morte od invalidità permanente;
b) 52 Euro giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno, fatti salvi diversi accordi regionali.

6. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati firmatari entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo.

7. L'Azienda provvede inoltre ad assicurare i medici per i danni subiti da terzi nel corso della propria attività professionale di istituto.

8. Gli Accordi regionali disciplinano la copertura assicurativa RCT del medico di emergenza sanitaria territoriale, da parte delle Aziende. L'eventuale estensione della copertura assicurativa per colpa grave è a carico del medico.

ART. 100 - INQUADRAMENTO IN RUOLO.

1. Le Regioni possono attivare i meccanismi per l'inquadramento nel ruolo sanitario della dirigenza medica dei medici incaricati a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 92 del presente Accordo, e sulla base del disposto dell'art. 8, comma 1bis del D.lgs. 502 del 30/12/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonchè del DPCM 8 marzo 2001

NORME FINALI

NORMA FINALE N. 1

1. I medici che alla data di entrata in vigore del presente Accordo risultano iscritti negli elenchi dell'assistenza primaria o siano titolari di rapporto convenzionale orario a tempo indeterminato con le Aziende, sono confermati nel rapporto convenzionale, fatti salvi il possesso dei requisiti prescritti e l'applicazione delle norme in materia di incompatibilità.

2. I medici incaricati ai sensi del D.P.R. n. 41/91 e confermati in forza dell'art. 8, comma 1 bis, del D.L.vo n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, e i medici incaricati a tempo indeterminato in base all'assegnazione delle zone carenti di continuità assistenziale, sono confermati e utilizzati in modo integrato nell'ambito delle funzioni di continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale di cui ai capi III e V.

NORMA FINALE N. 2

1. Ai medici già inseriti nella graduatoria regionale di cui all'art. 15, non in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e che conseguano tale attestato dopo la data di scadenza del termine di presentazione della domanda di inclusione in tale graduatoria, è consentito partecipare all'assegnazione degli incarichi vacanti e degli ambiti territoriali carenti nell'ambito della riserva di assegnazione prevista dall'articolo 16, comma 7, lettera a) con l'attribuzione del relativo punteggio, previa presentazione, unitamente alla relativa domanda di assegnazione dell'incarico, del titolo di formazione specifica, con l'attribuzione del relativo punteggio.

NORMA FINALE N. 3

1. Ai fini del calcolo del rapporto ottimale, i medici ex-associati concorrono, a tutti gli effetti e non in soprannumero, alla determinazione del numero di medici iscrivibili negli elenchi della assistenza primaria, così come definito all'articolo 33, comma 7 e all'Allegato B del presente Accordo.

NORMA FINALE N. 4

1. Gli accordi regionali disciplinano le modalità con cui gli studi associati con personalità giuridica di medici di assistenza primaria possono concordare con l'Azienda l'attribuzione allo stesso studio associato di una parte della retribuzione convenzionale dei propri medici, fermi restando gli obblighi di contribuzione ENPAM sull' ammontare complessivo dei compensi di ogni singolo professionista.

NORMA FINALE N. 5

1. Ai medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31.12.94 è consentita, al fine di non creare discontinuità nell'assistenza ai cittadini, l'attribuzione di incarichi di sostituzione e provvisori di medicina generale da parte delle Aziende nei casi in cui questi non siano stati attribuiti ai medici inclusi nella graduatoria regionale di cui all'art. 15 e di quelle di disponibilità di cui al comma 12 dello stesso articolo del presente Accordo ed ai medici di cui alla norma transitoria n. 4 e n. 7 del presente Accordo per mancanza di medici disponibili ad accettare gli stessi incarichi.

2. A tal fine i medici interessati inviano, alle Aziende, apposita domanda di inserimento in un elenco separato, specificando il possesso dei requisiti idonei a determinarne, ai sensi del successivo comma 3, la posizione nell'elenco.

3. I medici di cui al precedente comma con priorità per i medici che non detengano alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione, sono graduati nell'ordine dalla minore età al conseguimento del diploma di laurea, dal voto di laurea, dall'anzianità di laurea.

NORMA FINALE N. 6

1. I medici di continuità assistenziale titolari di rapporto a tempo indeterminato che siano anche incaricati in attività orarie aggiuntive distrettuali conservano tale attività in deroga a quanto previsto dall'art. 63, comma 2 fino a che le singole situazioni soggettive restino immutate e/o non insorgano eventuali nuovi assetti organizzativi.

NORMA FINALE N. 7

1. Nei confronti dei medici iniettori e prelevatori di cui all'Accordo collettivo nazionale del 22 dicembre 1978, titolari di incarico alla data di entrata in vigore del presente Accordo, è riconosciuta per intero l'anzianità di servizio maturata senza soluzione di continuità anteriormente alla data del 22 novembre 1979 presso i disciolti Enti mutualistici.

NORMA FINALE N. 8

1. Tra i compiti affidati dal presente accordo ai medici di assistenza primaria, di continuità assistenziale e di emergenza sanitaria non rientrano le funzioni di medico necroscopo e di polizia mortuaria.

NORMA FINALE N. 9

1. Le ore effettuate in reperibilità domiciliare fino alla data di entrata in vigore del presente Accordo sono valutabili ai fini delle graduatorie regionali con il punteggio di cui all'art. 16, comma 1, titoli di servizio, lettera d).

NORMA FINALE N. 10

1. I medici dei servizi territoriali che alla data dell'entrata in vigore del presente Accordo sono titolari anche di incarico orario nell'ambito della medicina specialistica ambulatoriale, mantengono il doppio incarico nel limite massimo di 38 ore settimanali complessive e cumulative.

2. La compatibilità di cui al comma precedente cessa al mutare delle condizioni soggettive riferibili agli incarichi convenzionali.

NORMA FINALE N. 11

1. In coerenza con il disposto dell'art. 5, lettera g) e dell'art. 6, lettera g) del presente Accordo, la formazione dei Collaboratori di studio è riconosciuta essere una priorità ad alto valore aggiunto per la qualità delle prestazioni della medicina generale ed un investimento strategico per promuovere e sostenere forme innovative di erogazione dei servizi della medicina generale nei confronti dei cittadini.

2. Nell'ambito degli Accordi regionali possono essere previste iniziative volte a realizzare l'attività di cui al comma 1, anche mediante definizione di linee guida contenutistiche di livello nazionale o regionale volte a realizzare una formazione specifica del personale di studio tale da rendere gli addetti sempre più qualificati e funzionali allo sviluppo delle attività dei medici di famiglia nel Servizio Sanitario Nazionale.

NORMA FINALE N. 12

Le parti concordano che la verifica della struttura del compenso per la riformulazione dello stesso come previsto dall'atto di indirizzo dei medici di cui al Capo IV del presente accordo deve concludersi entro il 31.12.2005.

NORMA FINALE N. 13

Le Regioni ed Organizzazioni Sindacali Regionali sono tenute alla sottoscrizione ed all'osservanza dell'Accordo regionale stipulato ai sensi dell'art. 10, comma 3. Nel caso in cui una delle parti, Regione od Organizzazioni sindacali regionali, non recepisca il suddetto Accordo, si applicano le disposizioni seguenti:

a) in caso di non recepimento ed applicazione da parte della Regione interessata, gli aumenti previsti dall'art. 59, lett. B, continuano ad essere erogati ai medici secondo quanto previsto dal comma 16, lett. B del medesimo articolo;

b) in caso di non sottoscrizione da parte delle Organizzazioni sindacali interessate gli aumenti previsti dall'art. 59, lett. B sono congelati in un fondo vincolato non alienabile e saranno erogati alla sottoscrizione dell'Accordo di cui all'art. 10, comma 3 oppure alla stipula degli Accordi regionali.

NORMA FINALE N. 14

Per l'anno 2004 la retribuzione dei medici di assistenza primaria è calcolata secondo l'art. 45 del DPR 270/2000. A titolo di arretrato a ciascun medico vengono corrisposte le quote di cui al punto A comma 7 e al punto B comma 16, per un totale di quota per assistito anno di euro 4,06 come definito all'art. 9. L'arretrato sarà calcolato moltiplicando il numero degli assistiti in carico al medico in ciascun mese per Euro 0,34.
Le cadenze per la corresponsione degli arretrati dovranno coincidere con quelle di cui al punto E dell'art. 59, nella misura di un terzo per rata.

NORMA FINALE N. 15

Nel rispetto della programmazione regionale, le Aziende possono confermare o rinnovare i rapporti con i medici incaricati di attività territoriali programmate di cui al Capo IV del DPR 270/2000, tenuto conto delle disposizioni in materia di compatibilità di cui al presente Accordo.

NORME TRANSITORIE

NORMA TRANSITORIA N. 1

1. I minori che abbiano compiuto il sesto anno di età possono essere assegnati al medico di medicina generale.

NORMA TRANSITORIA N. 2

1. Nell'anno di entrata in vigore del presente Accordo, per l'attribuzione degli incarichi si utilizzano i criteri di assegnazione e la graduatoria regionale già formulata sulla base del disposto del D.P.R. 270/2000.

2. Nell'anno successivo a quello di entrata in vigore del presente Accordo, per l'attribuzione degli incarichi dichiarati vacanti o carenti, si utilizza la graduatoria redatta ai sensi del D.P.R. 270/2000 ed i criteri di assegnazione previsti dal presente Accordo.

NORMA TRANSITORIA N. 3

1. I procedimenti disciplinari pendenti alla data di entrata in vigore del presente Accordo e fino ala costituzione del collegio di cui all'art. 30 del presente Accordo, vengono definiti secondo i criteri e le procedure previste dal DPR 270/2000.

NORMA TRANSITORIA N. 4

1. Ai medici che abbiano acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 nella Regione interessata successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale è consentita, al fine di non creare discontinuità nell'assistenza ai cittadini, l'attribuzione di incarichi di sostituzione e provvisori di medicina generale nei casi in cui questi non siano stati attribuiti ai medici inclusi nella graduatoria regionale ed in quella di disponibilità di cui all'art. 15 del presente Accordo per mancanza di medici disponibili ad accettare gli stessi incarichi.

2. A tal fine i medici interessati, acquisito il titolo di formazione specifico, inviano alle Aziende apposite domande di inserimento in un apposito elenco, specificando il possesso dei requisiti necessari all'inserimento e di quelli idonei a determinarne, ai sensi del successivo comma 3, la posizione nell'elenco.

3. I medici di cui al precedente comma con priorità per i medici che non detengano alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione, sono graduati nell'ordine dalla minore età al conseguimento del diploma di laurea, dal voto di laurea, dall'anzianità di laurea.

NORMA TRANSITORIA N. 5

1. Gli Accordi regionali ed aziendali stipulati ai sensi del DPR 270/2000, vigenti alla data di entrata in vigore del presente Accordo, conservano i loro effetti giuridici ed economici fino alla durata da essi prevista o fino all'entrata in vigore dei successivi Accordi regionali ed Aziendali.

NORMA TRANSITORIA N. 6

1. Il termine di tre anni di cui all'art. 19, comma 3, decorre dalla data di entrata in vigore del presente Accordo.

NORMA TRANSITORIA N. 7

1. Ai medici che abbiano acquisito l'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale nella Regione interessata successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale e/o di settore, è concesso, al fine di consentire la piena operatività della rete degli operatori dell'emergenza, l'attribuzione di incarichi provvisori di emergenza sanitaria nei casi in cui questi non siano stati attribuiti ai medici inclusi nella graduatoria regionale o in quelle di disponibilità di cui all'art. 15 del presente Accordo e in possesso del previsto attestato per mancanza di medici disponibili ad accettare gli stessi incarichi.

2. A tal fine i medici interessati, acquisito il titolo di idoneità previsto, inviano alle Aziende apposite domande di inserimento in un apposito elenco, specificando il possesso dei requisiti necessari all'inserimento e di quelli idonei a determinarne, ai sensi del successivo comma 3, la posizione nell'elenco.

3. I medici di cui al precedente comma con priorità per i medici che non detengano alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione, sono graduati nell'ordine dalla minore età al conseguimento del diploma di laurea, dal voto di laurea, dall'anzianità di laurea.

NORMA TRANSITORIA N. 8

1. Premesso che l'art. 15-nonies, comma 3, del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, dispone che in sede di rinnovo delle convenzioni nazionali siano stabiliti tempi e modalità di attuazione per l'applicazione di quanto sancito al comma 1 dell'articolo medesimo, e che il Decreto Legislativo n. 254 del 28 luglio 2000, all'art. 6 sospende l'efficacia di tali disposizioni fino all'attuazione dei provvedimenti collegati alle determinazioni della commissione che dovrà essere istituita con decreto del Ministro alla salute, fino a quando non entrerà in vigore il limite di età stabilito dall'art. 19, comma 1, lettera a) del presente Accordo Collettivo Nazionale continua ad applicarsi l'art. 6, comma 1, lettera a) del DPR n. 484/96, con esclusione dell'ulteriore beneficio previsto dall'art. 16 del d.lgs. 30.12.1992 n. 503.

NORMA TRANSITORIA N. 9

Con intese tra le parti firmatarie del presente Accordo e l'ENPAM sono definite, entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo, le previsioni di adeguamento del contributo previdenziale di cui agli artt. 60, 72, 89 e 99, per gli anni successivi.

NORMA TRANSITORIA N. 10

Il disposto di cui all'art. 33 comma 12 e all'art. 34 comma 11 si attua previa individuazione delle zone disagiate da parte delle Aziende sulla base dei criteri definiti negli accordi regionali.

DICHIARAZIONI A VERBALE

DICHIARAZIONE CONGIUNTA

Le parti concordano che nel prossimo Accordo Nazionale saranno perfezionati percorsi finalizzati a favorire la disincentivazione del doppio incarico a favore del pieno impiego nell'assistenza primaria o nella continuità assistenziale legati alla revisione verso l'alto del rapporto ottimale.

DICHIARAZIONE CONGIUNTA

Le parti si impegnano a monitorare gli effetti dell'assegno ad personam introdotto quale meccanismo di superamento degli incrementi automatici del compenso correlati all'anzianità di laurea ai fini di un suo eventuale perfezionamento nel successivo Accordo Nazionale.

Allegato A.

DOMANDA DI PRIMO INSERIMENTO NELLE GRADUATORIE REGIONALI DELLA MEDICINA GENERALE

RACCOMANDATA

Bollo

All'Assessore alla Sanità
Regione ________________________

Il sottoscritto Dott. ________________________________ nato a ____________________________
Prov. ___ il ______________ M __ F __ Codice Fiscale ________________________________
Comune di residenza ____ prov. _______
indirizzo ____________________________________ n______ CAP ______ tel. ___________
Azienda U.S.L. di residenza ____ ,

FA DOMANDA

di inserimento, secondo quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale ex art. 8 del D.L.vo 30.12.92, n. 502, e successive modificazioni, nella graduatoria regionale per la medicina generale, a valere per l'anno ___, relativa all'attività nel settore di:

a) Assistenza Primaria;
b) Continuità Assistenziale;
c) Emergenza Sanitaria Territoriale, ove presente;
d) Medicina dei servizi territoriali, ove presente.

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

a) certificato di iscrizione all'ordine dei Medici della provincia di ______________ rilasciato il ___________ (Vedi nota)
b) Attestato di formazione specifica in Medicina generale;
c) Autocertificazione di titolo equipollente;
d) n. ___ documenti relativi ai titoli in suo possesso - valutabili ai fini della graduatoria predetta - e specificati nel prospetto interno.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

❑ la propria residenza
❑ il domicilio sotto indicato:

c/o ________________________________ Comune _____________________ provincia _____
indirizzo ____ n. _________ CAP __________

Data _____________________ firma per esteso ____________________________________

AVVERTENZE IMPORTANTI

L'attestazione dell'Ordine dei Medici deve avere la data di rilascio non antecedente a 6 mesi dalla data di presentazione della domanda. La mancata presentazione di questo documento o la sua incompletezza comporta l'esclusione dalla graduatoria.

I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati devono essere in regola con le norme sull'imposta di bollo e le disposizioni di legge vigenti.

Ai fini della attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dal medico.

VALUTAZIONE TITOLI ED ATTIVITÀ SVOLTA

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
I Titoli accademici o di studio		
Diploma di laurea conseguito con voti da 100 a 104 o da 90 a 94 (punti 0,30) - voto ________________/110 (Punti 0.30) – voto ________________/100 conseguito con voto 110/110 e 110/110 e lode o 100/100 e 100/100 e lode: p. 1,00 b) diploma di laurea conseguito con voti da 105/110 a 109/110 o da 95/100 a 99/100: p. 0,50	= punti	
Diploma di laurea conseguito con voti da 105 a 109 o da 95 a 99 (punti 0,50) - voto ________________/110 (punti 0,50) - voto ________________/110	= punti	
Diploma di laurea conseguito con voti 110/110 e 110/110 e lode (punti 1,00) - voto ________________/110	= punti	
Specializzazione o libera docenza in medicina generale o disciplina equipollente ai sensi del D.M. 10.3.83 tab.B specializzazione in ________________________________ specializzazione in ________________________________	Totale n. ____ X 2,00 = punti	
Specializzazione o libera docenza nelle discipline affini alla medicina generale, ai sensi del D.M. 10.3.83 tab.B specializzazione in ________________________________ specializzazione in ________________________________	Totale n. x 0,50 = punti	
Attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2 o all'art. 2, comma 2, del D.L.vo n. 256/91 e di cui alla legge 277/2003 (punti 7,20) dal ______________________ al ____________________	= punti	
II Titoli di servizio	Punteggi Stessa Regione	Punteggi Altra Regione
Attività di assistenza primaria convenzionata, a tempo indeterminato, determinato, o svolta in qualità di associato dal ______________________ al ____________________ dal ______________________ al ____________________ dal ______________________ al ____________________	Totale Mesi X 0,30. p. ________	Totale Mesi X 0,20. p. ________
Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato (solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi): dal ______________________ al ____________________	Totale	

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
dal ______ al ______ dal ______ al ______ dal ______ al ______ dal ______ al ______	Mesi X 0,20. p. ______	
Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg. (3). Le sostituzioni effettuate su base oraria ai sensi dell'art. 23 sono valutate con gli stessi criteri di cui al Titolo II, lett. c) dal ______ al ______ dal ______ al ______ dal ______ al ______ dal ______ al ______	Totale Mesi X 0,20. p. ______	
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione di continuità assistenziale (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. ______ dal ______ al ______ ore ______ U.S.L. ______ dal ______ al ______ ore ______ U.S.L. ______ dal ______ al ______ ore ______ U.S.L. ______ dal ______ al ______ ore ______ U.S.L. ______ dal ______ al ______ ore ______	Totale Mesi X 0,20. p. ______	p. ______
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. ______ dal ______ al ______ ore ______ U.S.L. ______ dal ______ al ______ ore ______ U.S.L. ______ dal ______ al ______ ore ______ U.S.L. ______ dal ______ al ______ ore ______ U.S.L. ______ dal ______ al ______ ore ______	Totale Mesi X 0,20. p. ______	
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale U.S.L. ______ dal ______ al ______ U.S.L. ______ dal ______ al ______ U.S.L. ______ dal ______ al ______ U.S.L. ______ dal ______ al ______ U.S.L. ______ dal ______ al ______	Totale Mesi X 0,20. p. ______	
Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore: U.S.L. ______ dal ______ al ______ U.S.L. ______ dal ______ al ______ U.S.L. ______ dal ______ al ______ U.S.L. ______ dal ______ al ______ U.S.L. ______ dal ______ al ______	(*) Totale Mesi X 0,10. p. ______	

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità ai sensi del presente accordo (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore _______ U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore _______ U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore _______	(*) Totale Mesi X 0,05. p. ________	
Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: (per mese) U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore _______ U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore _______ U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore _______ U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore _______	(*) Totale Mesi X 0,20. p. ________	
Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento (per mese per un massimo di 12 mesi) dal ____________________ al ____________________	(*) Totale Mesi X 0,10. p. ________	
Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento, ed in concomitanza di incarico, anche provvisorio, di medicina generale e limitatamente al periodo di concomitanza. (per mese) dal ____________________ al ____________________	(*) Totale Mesi X 0,20. p. ________	
servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo la laurea in medicina e chirurgia: (per mese per un massimo di 12 mesi) dal ____________________ al ____________________	(*) Totale Mesi X 0,10. p. ________	
servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico ai sensi del presente Accordo: (per mese per un massimo di 12 mesi) dal ____________________ al ____________________	(*) Totale Mesi X 0,20. p. ________	
Attività di medico pediatra di libera scelta, anche in forma di sostituzione, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (per mese di attività). dal ____________________ al ____________________ dal ____________________ al ____________________ dal ____________________ al ____________________	Totale Mesi X 0,10. p. ________	
Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna, e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza ai naviganti. (0,05 punti per mese di attività) dal ____________________ al ____________________ dal ____________________ al ____________________ dal ____________________ al ____________________	(*) Totale Mesi X 0,05. p. ________	
Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione,	(*)	

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
per ogni mese di attività: dal ____________ al ____________ dal ____________ al ____________ dal ____________ al ____________	Totale Mesi X 0,20. p. ________	
Servizio prestato presso aziende termali, (Legge 24 ottobre 2000 n.323 art.8), equiparato all'attività di continuità assistenziale, per ogni mese complessivo di attività: dal ____________ al ____________ dal ____________ al ____________ dal ____________ al ____________	(*) Totale Mesi X 0,20. p. ________	
Servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza territoriale, svolto in paesi dell'Unione Europea, ai sensi della legge 9 febbraio 1979 n.38, della legge 10 luglio 1960 n.735 e successive modificazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988 n.430: per ciascun mese complessivo dal ____________ al ____________ dal ____________ al ____________ dal ____________ al ____________	(*) Totale Mesi X 0,20. p. ________	
firma del medico ______________________	Totale punteggio complessivo ______________	

(*) Punteggio per attività prestate indipendentemente dalla regione di appartenenza

N.B.: Le sostituzioni sono valutabili solo se effettuate a medico di medicina generale con più di 100 utenti, e a medico pediatra con almeno 70 utenti. Tali indicazioni devono essere espressamente dichiarate nel certificato rilasciato dall'Ente interessato.

Allegato A1.

DOMANDA ANNUALE DI INTEGRAZIONE TITOLI PER LE GRADUATORIE REGIONALI DI SETTORE DELLA MEDICINA GENERALE

RACCOMANDATA

Bollo

All'Assessorato alla Sanità
Regione
____

Il sottoscritto Dott. ________________________________ nato a ____________________________
Prov. ____ il _______________ M __ F __ Codice Fiscale __________________________________
Comune di residenza ____ prov. ________
indirizzo _____________________________________ n______ CAP ______ tel. ______________
Azienda U.S.L. di residenza ____ ,

CHIEDE,

secondo quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale ex art. 8 del D.L.vo 30.12.92, n. 502, l'aggiornamento del punteggio relativo ai propri titoli nella graduatoria regionale di medicina generale, a valere per l'anno ____, relativamente all'attività nel settore di:

a) Assistenza Primaria;
b) Continuità Assistenziale;
c) Emergenza Sanitaria Territoriale, ove presenti;
d) Medicina dei servizi territoriale, ove presenti

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

Autocertificazione di iscrizione all'ordine dei Medici della provincia di ________________ .

n. ___ Documenti relativi ai titoli in suo possesso - valutabili ai fini della graduatoria predetta - e specificati nel prospetto interno.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso (solo se variata rispetto alla precedente domanda):
c/o ____ Comune ______________________
provincia ______ indirizzo ____ n. ___
CAP ___________

Data ______________________ firma per esteso ____

AVVERTENZE IMPORTANTI
I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati devono essere in regola con le norme sull'imposta di bollo e le disposizioni di legge vigenti.
Ai fini della attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dal medico.

TITOLI ED ATTIVITÀ SVOLTA

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
I Titoli accademici o di studio		
Specializzazione o libera docenza in medicina generale o disciplina equipollente ai sensi del D.M. 10.3.83 tab.B specializzazione in ______________________ specializzazione in ______________________	Totale n. X 2,00 = p.	
Specializzazione o libera docenza nelle discipline affini alla medicina generale, ai sensi del D.M. 10.3.83 tab.B specializzazione in ______________________ specializzazione in ______________________	Totale n. x 0,50 = p.	
Attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2 o all'art. 2, comma 2, del D.L.vo n. 256/91 e alla Legge 277/2003 (punti 7,20) dal ______________ al ______________	= punti	
II Titoli di servizio	Punteggi Stessa Regione	Punteggi Altra Regione
Attività di assistenza primaria convenzionata, a tempo indeterminato, determinato, o svolta in qualità di associato dal ______________ al ______________ dal ______________ al ______________ dal ______________ al ______________	Totale Mesi X 0,30. p. ________	Totale Mesi X 0,20. p. ________
Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato (solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi): dal ______________ al ______________ dal ______________ al ______________ dal ______________ al ______________ dal ______________ al ______________ dal ______________ al ______________	Totale Mesi X 0,20. p. ________	
Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg. (3). Le sostituzioni effettuate su base oraria ai sensi dell'art. 23 sono valutate con gli stessi criteri di cui al Titolo II, lett. c) dal ______________ al ______________ dal ______________ al ______________ dal ______________ al ______________ dal ______________ al ______________	Totale Mesi X 0,20. p. ________	

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione di continuità assistenziale (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore _______ U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore _______ U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore _______ U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore _______ U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore _______	Totale Mesi X 0,20. p. ________	
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore _______ U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore _______ U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore _______ U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore _______ U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore _______	Totale Mesi X 0,20. p. ________	
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale U.S.L. ________ dal ________ al ________ U.S.L. ________ dal ________ al ________ U.S.L. ________ dal ________ al ________ U.S.L. ________ dal ________ al ________ U.S.L. ________ dal ________ al ________	Totale Mesi X 0,20. p. ________	
Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore: U.S.L. ________ dal ________ al ________ U.S.L. ________ dal ________ al ________ U.S.L. ________ dal ________ al ________ U.S.L. ________ dal ________ al ________ U.S.L. ________ dal ________ al ________	(*) Totale Mesi X 0,10. p. ________	
Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità ai sensi del presente accordo (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore _______ U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore _______ U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore _______	(*) Totale Mesi X 0,05. p. ________	
Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: (per mese) U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore _______ U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore _______ U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore _______ U.S.L. ________ dal ________ al ________ ore _______	(*) Totale Mesi X 0,20. p. ________	
Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento (per mese per un massimo di 12 mesi) dal ____________________ al ____________________	(*) Totale Mesi X 0,10. p. ________	

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento, ed in concomitanza di incarico, anche provvisorio, di medicina generale e limitatamente al periodo di concomitanza. (per mese) dal ____________ al ____________	(*) Totale Mesi X 0,20. p. ________	
servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo la laurea in medicina e chirurgia: (per mese per un massimo di 12 mesi) dal ____________ al ____________	(*) Totale Mesi X 0,10. p. ________	
servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico ai sensi del presente Accordo: (per mese per un massimo di 12 mesi) dal ____________ al ____________	(*) Totale Mesi X 0,20. p. ________	
Attività di medico pediatra di libera scelta, anche in forma di sostituzione, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (per mese di attività). dal ____________ al ____________ dal ____________ al ____________ dal ____________ al ____________	Totale Mesi X 0,10. p. ________	
Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna, e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza ai naviganti. (0,05 punti per mese di attività) dal ____________ al ____________ dal ____________ al ____________ dal ____________ al ____________	(*) Totale Mesi X 0,05. p. ________	
Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione, per ogni mese di attività: dal ____________ al ____________ dal ____________ al ____________ dal ____________ al ____________	(*) Totale Mesi X 0,10. p. ________	
Servizio prestato presso aziende termali, (Legge 24 ottobre 2000 n. 323 art.8), equiparato all'attività di continuità assistenziale, per ogni mese complessivo di attività: dal ____________ al ____________ dal ____________ al ____________ dal ____________ al ____________	(*) Totale Mesi X 0,20. p. ________	

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO</td></tr>
<tr><td>Servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza territoriale, svolto in paesi dell'Unione Europea, ai sensi della legge 9 febbraio 1979 n.38, della legge 10 luglio 1960 n.735 e successive modificazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988 n.430: per ciascun mese complessivo

dal ____________ al ____________
dal ____________ al ____________
dal ____________ al ____________</td><td>(*)

Totale
Mesi X 0,20.

p. ________</td><td></td></tr>
<tr><td>firma del medico

______________________</td><td colspan="2">Totale punteggio complessivo

____________</td></tr>
</table>

(*) Punteggio per attività prestate indipendentemente dalla regione di appartenenza

N.B.: Le sostituzioni sono valutabili solo se effettuate a medico di medicina generale con più di 100 utenti, e a medico pediatra con almeno 70 utenti. Tali indicazioni devono essere espressamente dichiarate nel certificato rilasciato dall'Ente interessato.

ALLEGATO B

PROCEDURE TECNICHE PER L'APPLICAZIONE DEL RAPPORTO OTTIMALE

1. Stabilito per determinazione della Regione l'ambito territoriale, ai fini dell'acquisizione delle scelte, nello stesso va applicato il cosiddetto rapporto ottimale.

2. Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 33, comma 5 tale ambito non può comprendere una popolazione inferiore a 7.000 abitanti né può essere inferiore al territorio del comune anche se questo comprende più Aziende.

3. Si procede in questo modo.

4. Si stabilisce quale è la popolazione anagraficamente residente nell'ambito alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

5. Da tale dato si detrae la popolazione che al 31 Dicembre dell'anno precedente, pur anagraficamente residente nell'ambito territoriale, ha effettuato la scelta del medico in altro ambito e si aggiunge la popolazione non residente che ha effettuato la scelta nell'ambito.

6. Dal dato così ottenuto si detrae ulteriormente la popolazione in età pediatrica (0-14); ne risulterà un numero di abitanti che è quello utile al fine dell'applicazione del rapporto ottimale.

7. A parte si prende l'elenco dei medici già operanti nella medicina generale nell'ambito in questione ivi compresi i medici ex-associati.

8. Ognuno di essi ha un proprio massimale, derivante anche dalla applicazione delle limitazioni o dalla autolimitazione.

9. Ad ogni medico viene attribuito un valore pari al rapporto ottimale vigente nella Regione ai fini dell'applicazione del rapporto ottimale medesimo.

10. Fatta la somma di questi valori la si sottrae al numero degli abitanti valido al fine dell'applicazione del rapporto ottimale, sulla base di quanto disposto dal comma 9 e dal 15 dell'art. 33.

11. la zona è carente qualora il risultato del calcolo di cui al comma 10 sia superiore a 500.

ALLEGATO C

REGOLAZIONE DEI RAPPORTI ECONOMICI TRA MEDICO TITOLARE E SOSTITUTO DI ASSISTENZA PRIMARIA NEI CASI DI SOSTITUZIONE VOLONTARIA

1. Fermi restando gli obblighi a carico delle Aziende stabiliti dall'art. 37, i rapporti economici tra medico sostituto e quello già sostituito, chiunque tra i due percepisca i compensi della Azienda, sono regolati tenendo conto dell'uso delle strutture e degli strumenti professionali di proprietà del medico sostituito, della indisponibilità delle condizioni di carriera del medico sostituito e della maggiore o minore morbilità legata alla stagione. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.

2. L'onorario spettante al medico sostituto è calcolato, sulla base di quanto previsto dal precedente comma 1, nella misura del 70% del compenso di cui alla lettera A, comma 1 dell'articolo 59 del presente Accordo. Al medico sostituito viene corrisposta la restante parte dei compensi mensili dovuti.

3. Individuata convenzionalmente nel 20% la variazione relativa alla maggiore o minore morbilità, i compensi dovuti al sostituto, di cui al comma 2, sono corrisposti per intero se relativi a sostituzioni effettuate nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre; se relativi ai mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo essi sono maggiorati del 20% con oneri a carico del titolare e ridotti del 20% se relativi ai mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.

4. Ai medici sostituti spettano i compensi previsti dall'art. 59, lett. C, comma 1 e 2 per le relative prestazioni eseguite nel corso della sostituzione.

5. Il medico sostituto al momento dell'accettazione dell'incarico di sostituzione deve sottoscrivere una dichiarazione di:
a) essere a conoscenza delle norme che regolano il rapporto di lavoro del medico di assistenza primaria ed in particolare dei contenuti degli artt. 27, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, e di assicurarne la puntuale applicazione;
b) essere al corrente della normativa sulla privacy e di impegnarsi al legittimo utilizzo dei dati sensibili degli assistiti affidati alle sue cure;
c) conoscere il programma di gestione della cartella clinica informatizzata utilizzata dal medico sostituito e di essere in grado di utilizzarlo correttamente;
d) avere preso atto dell'assetto organizzativo dell'attività dello studio medico e di impegnarsi a curarne il puntuale svolgimento.

ALLEGATO D

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

1. Le prestazioni aggiuntive eseguibili dai medici di assistenza primaria sono quelle elencate in calce al presente allegato D, nel nomenclatore-tariffario.

2. Salvo che sia diversamente previsto dal nomenclatore-tariffario, le prestazioni di particolare impegno professionale sono eseguite a domicilio dell'utente o nello studio professionale convenzionato del medico di famiglia a seconda delle condizioni di salute del paziente.

3. Per l'esecuzione delle prestazioni di cui al comma 1, lo studio professionale del medico deve essere adeguatamente attrezzato; fermo restando il potere-dovere dell'Azienda di esercitare i previsti controlli sull'idoneità dello studio professionale, il medico è tenuto a rilasciare apposita dichiarazione scritta indicante le prestazioni per la effettuazione delle quali il proprio studio è dotato delle corrispondenti necessarie attrezzature.

4. Ai fini del pagamento dei compensi per le prestazioni aggiuntive il medico è tenuto ad inviare entro il giorno 15 di ciascun mese il riepilogo delle prestazioni eseguite nel corso del mese precedente. Per ciascuna prestazione, la distinta deve indicare data di effettuazione, nome, cognome, indirizzo e numero di codice regionale dell'assistito.

5. Nel caso di prestazioni multiple o singole soggette ad autorizzazione dal Servizio, il medico deve inoltrare, insieme alla distinta riepilogativa delle prestazioni aggiuntive, la autorizzazione ed il modulo riepilogativo di prestazioni multiple autorizzate di cui all'Allegato S del presente Accordo, debitamente controfirmato dall'assistito, o da chi per lui, a conferma dell'avvenuta effettuazione delle prestazioni.

6. Il mancato invio della distinta riepilogativa delle prestazioni entro il termine stabilito priva l'Ente erogatore della possibilità di esercitare tempestivamente i propri poteri di controllo.

7. Qualora il ritardo sia dovuto a causa di forza maggiore, il caso sarà esaminato ai fini del pagamento dai soggetti di cui all'art. 25, comma 4.

8. Per le prestazioni rese, al medico spettano compensi onnicomprensivi indicati nel nomenclatore-tariffario, con esclusione di quelli previsti alla lett. "C". Fermo quanto previsto dall'art. 33, comma 2, nessun onere a qualsiasi titolo può far carico all'assistito.
I compensi per le prestazioni aggiuntive sono corrisposti entro il secondo mese successivo a quello dell'invio della distinta di cui al punto 4.

9. I medici della Continuità Assistenziale possono eseguire, nell'esercizio della propria attività convenzionale, le prestazioni aggiuntive previste dalla lettera A del nomenclatore tariffario di cui al presente Allegato.

NOMECLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

A – Prestazioni eseguibili senza autorizzazione:

Prestazioni	**1.1.2001**
1.Prima medicazione (*)	12,32
2.Sutura di ferita superficiale	3,32
3.Successive medicazioni	6,16
4.Rimozione di punti di sutura e medicazione	12,32

5.Cateterismo uretrale nell'uomo 9,66

6.Cateterismo uretrale nella donna 3,59

7.Tamponamento nasale anteriore 5,62

8.Fleboclisi (unica eseguibile in caso di urgenza) 12,32

9.Lavanda gastrica 12,32

10.Iniezione di gammaglobulina o vaccinazione antitetanica 6,16

11.Iniezione sottocutanea desensibilizzante (**) 9,21

12.Tampone faringeo, prelievo per esame batteriologico (solo su pazienti non ambulabili) 0,64

B) Prestazioni eseguibili con autorizzazione sanitaria:

Prestazioni 1.1.2001

1.Ciclo di fleboclisi 9,21

2.Ciclo curativo di iniezioni endovenose (per ogni iniezione) 6,16

3.Ciclo aerosol o inalazioni caldo-umide nello studio professionale del medico (per prestazione singola) (***) 1,23

4.Vaccinazioni non obbligatorie (****) 6,16

C) Tipologie di prestazioni di norma eseguibili nell'ambito degli accordi regionali e aziendali.

1. Gli accordi regionali possono prevedere lo svolgimento, da parte del medico o della associazione di medici, di prestazioni aggiuntive retribuite, sia singole per il chiarimento del quesito diagnostico od il monitoraggio delle patologie, che programmate, nell'ambito di un progetto volto all'attuazione di linee guida o di processi assistenziali o di quant'altro venga concordato, correlato alle attività previste dall'art. 25.

2. A titolo esemplificativo si individuano alcune prestazioni correlate alle attività di cui all'art. 14, comma 4:

Anziani:

- test psicoattitudinali
- test per valutazione di abilità e di socializzazione
- test verbali e non, per valutazione cognitiva.

Prevenzione, diagnosi precoce, terapia e follow up, di:

- patologie infettive: iniezione di gammaglobulina antitetanica, vaccinazioni individuali e partecipazione a campagne di vaccinoprofilassi
- patologie sociali croniche (diabete mellito, ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, dislipidemie): ECG, esame del fondo oculare, diagnostica di laboratorio (glicemia, glicosuria delle 24 ore, dosaggio dei lipidi plasmatici ecc.)

- neoplasie: prelievo vaginale per esame oncocitologico, colposcopia con eventuale prelievo per citologia, ricerca del sangue occulto nelle feci, paracentesi, cateterismo vescicale, lavande vescicali, iniezione I.V. singola o a cicli (ad es. di antiblastici), fleboclisi singole o a cicli o quant'altro sia necessario a scopo preventivo o terapeutico
- patologia reumatica e osteoarticolare: artrocentesi, iniezioni endoarticolari, ionoforesi
- patologia respiratoria (asma, bronchite cronica, allergie): spirometria, iniezioni sottocutanee desensibilizzanti, cicli di aereosol (***)
- patologia genito-urinaria e disturbi della minzione: cateterismo, massaggio prostatico, uroflussimetria, prelievo vaginale per studio ormonale
- pazienti sottoposti a manovre chirurgiche o comunque che necessitano di interventi di piccola chirurgia ambulatoriale: incisione di ascessi, riduzione di lussazione.

(*) Per la prima medicazione va intesa quella eseguita su ferita non precedentemente medicata. In caso di sutura si aggiunge la relativa tariffa.

(**) Praticabile solo negli studi dotati di frigorifero.

(***) Per l'esecuzione di tale prestazione lo studio del medico deve essere dotato di idonei impianti fissi.

(****) Eseguibili con autorizzazione complessiva nell'ambito di programmi di vaccinazioni disposti in sede regionale o di Azienda. Per la conservazione del vaccino che è fornito dall'Azienda, lo studio medico deve essere dotato di idoneo frigorifero. Sui risultati della propria collaborazione alla campagna di vaccinazione il medico invia apposita relazione all'Azienda. I compensi relativi alle vaccinazioni non obbligatorie non rientrano nel calcolo di cui al comma 6 del presente allegato. La vaccinazione antinfluenzale è compensata con la tariffa di cui al presente allegato anche nel caso previsto dall'art. 45, comma 4 lettera c).

ALLEGATO E

SCHEDA DI ACCESSO IN OSPEDALE

Caro collega,

invio in ospedale .l. paziente signor ....

1) Motivo del ricovero ....

2) Accertamenti eventualmente effettuati e terapia praticata in atto

....

3) Dati estratti dalla scheda sanitaria

....

Sono disponibile, previo contatto telefonico, ad ulteriori consultazioni durante il periodo di ricovero.

Ti segnalo l'opportunità che al termine del ricovero mi sia cortesemente inviata una esauriente relazione clinica.

...................., Lì ....

Dott. ______________________________

Recapito telefonico: _________________

Allegato F

INPS

CERTIFICATO DI DIAGNOSI PER INDENNITÀ DI MALATTIA
(art. 2 D.L. 663/1979 e art. 15 L. 155/1981)
Da recapitare o trasmettere con **raccomandata A.R.** a cura del lavoratore all'**INPS competente per residenza** del lavoratore stesso, **entro due giorni** dal rilascio.

PER L'INPS

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

N.

RISERVATO AL MEDICO

COGNOME E NOME DEL LAVORATORE (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

PROGNOSI CLINICA A TUTTO IL — GIORNO / MESE / ANNO

DICHIARA DI ESSERE AMMALATO DAL — GIORNO / MESE / ANNO

TURNO

DATA RILASCIO CERTIFICATO — GIORNO / MESE / ANNO

INIZIO — CONTINUAZIONE — RICADUTA

COD. NOSOLOGICO

DIAGNOSI

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

RISERVATO ALL'INPS

CONTROLLO AMBULATORIALE — CONTROLLO DOMICILIARE

RESPONSABILITÀ TERZI — INFORTUNIO MAL. PROF.LE — T.E.C. — ANOMALIA

DATA

IL MEDICO

QUADRO A

RISERVATO AL LAVORATORE

REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA
(DATI DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DI RESIDENZA RIPORTATI SUL RETRO)

NOMINATIVO INDICATO PRESSO L'ABITAZIONE (se diverso dal proprio)

INDIRIZZO (via, piazza, lugano ecc.) — N.

C.A.P. — COMUNE — PROV.

DATI ANAGRAFICI (DA COMPILARE SEMPRE) — CODICE FISCALE — SESSO M o F

COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE) — NOME

DATA NASCITA — GIORNO / MESE / ANNO — COMUNE NASCITA O STATO ESTERO — PROV.

Segue sul retro

(3219/06) ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - ROMA - c. 20.000.000 - luglio 2000

INPS

ATTESTATO DI MALATTIA
(art. 2 D.L. 663/1979 e art. 15 L. 155/1981)
Da recapitare o trasmettere con **raccomandata A.R.**
a cura del lavoratore al **datore di lavoro**, **entro due giorni** dal rilascio.

PER IL DATORE DI LAVORO

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

N.

RISERVATO AL MEDICO

COGNOME E NOME DEL LAVORATORE (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

PROGNOSI CLINICA A TUTTO IL — GIORNO / MESE / ANNO

DICHIARA DI ESSERE AMMALATO DAL — GIORNO / MESE / ANNO

TURNO

DATA RILASCIO CERTIFICATO — GIORNO / MESE / ANNO

INIZIO — CONTINUAZIONE — RICADUTA

FIRMA DEL MEDICO

RISERVATO AL DATORE DI LAVORO

DATA DI SPEDIZIONE O PRESENTAZIONE DEL CERTIFICATO

QUADRO A

RISERVATO AL LAVORATORE

REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA
(DATI DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DI RESIDENZA)

NOMINATIVO INDICATO PRESSO L'ABITAZIONE (se diverso dal proprio)

INDIRIZZO (via, piazza, lugano ecc.) — N.

C.A.P. — COMUNE — PROV.

DATI ANAGRAFICI (DA COMPILARE SEMPRE) — CODICE FISCALE — SESSO M o F

COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE) — NOME

DATA NASCITA — GIORNO / MESE / ANNO — COMUNE NASCITA O STATO ESTERO — PROV.

(3219/06) ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - ROMA - c. 20.000.000 - luglio 2000

ALLEGATO G

ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA NEI CONFRONTI DEI SOGGETTI NON AMBULABILI

Art. 1 - Prestazioni domiciliari

1. L'assistenza domiciliare programmata di cui all'art. 53, comma 1, lettera b), è svolta assicurando, al domicilio personale del non ambulabile, la presenza effettiva periodica settimanale o quindicinale o mensile del medico in relazione alle eventuali esigenze del paziente per:

- monitoraggio dello stato di salute dell'assistito;
- controllo sulle condizioni igieniche e sul conforto ambientale e suggerimenti allo stesso e ai familiari;
- indicazione al personale infermieristico per la effettuazione delle terapie, da annotare sul diario clinico;
- indicazioni ai familiari, o al personale addetto all'assistenza diurna, con riguardo alle peculiarità fisiche e psichiche del singolo paziente;
- indicazioni circa il trattamento dietetico, da annotare sulla scheda degli accessi fornita dalla Azienda;
- collaborazione con il personale dei servizi sociali della Azienda per le necessità del soggetto nei rapporti con la famiglia e con l'ambiente esterno;
- predisposizione e attivazione di "programmi individuali" con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
- attivazione degli interventi riabilitativi;
- tenuta al domicilio di un'apposita scheda degli accessi fornita dalla Azienda sulla quale sono annotate le eventuali considerazioni cliniche, la terapia, gli accertamenti diagnostici, le richieste di visite specialistiche, le prestazioni aggiuntive, le indicazioni del consulente specialista e quant'altro ritenuto utile e opportuno.

Art. 2 - Attivazione del servizio domiciliare

1. Le caratteristiche dei casi soggetti ad intervento riguardano pazienti con impossibilità a raggiungere lo studio del medico, quali ad esempio:

a) impossibilità permanente a deambulare (es. grandi anziani con deficit alla deambulazione, portatori di protesi agli arti inferiori con gravi difficoltà a deambulare);
b) impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non autosufficiente o paziente abitante in un piano alto e senza ascensore);
c) impossibilità per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico, quali:
insufficienza cardiaca in stadio avanzato;
insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;
arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato;
gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione;
cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi;
paraplegici e tetraplegici.

Art. 3 - Procedure per l'attivazione dell'assistenza

1. La segnalazione del caso abbisognevole di assistenza domiciliare può essere effettuata alla Azienda dal medico di assistenza primaria, dai competenti servizi sanitari e sociali o dalle famiglie.

2. Fermi restando gli obblighi in materia di visite domiciliari, la proposta motivata di attivazione dell'ADP deve essere formulata, in ogni caso, dal medico di assistenza primaria con precisazione del numero degli accessi, e inviata o presentata al distretto.

3. Nella stessa saranno indicate anche le esigenze assistenziali (di massima) di tipo socio-sanitario nonché le necessità di eventuali supporti di personale.

4. Al fine di fornire al medico della Azienda la possibilità di concordare sollecitamente il programma assistenziale proposto, è necessario che dalla richiesta del medico di famiglia emerga con chiarezza, oltre la diagnosi motivata, ogni altra eventuale indicazione utile a confermare la oggettiva impossibilità di accesso del paziente allo studio del medico.

5. L'esame del programma da parte del medico della Azienda deve avvenire entro 15 giorni dalla segnalazione effettuata, secondo le modalità di cui sopra, al distretto competente per territorio riferito alla residenza dell'assistito. In caso di mancato riscontro entro il termine dinanzi indicato il programma, salvi eventuali successivi controlli, si intende a tutti gli effetti approvato.

6. In caso di discordanza sul programma da parte del medico dell'Azienda, questi è tenuto a darne motivata comunicazione scritta entro 15 giorni dalla segnalazione effettuata, al medico di libera scelta, al fine di apportare al programma medesimo le modifiche eventuali. Apportate tali modifiche al programma, questo viene riproposto per l'approvazione entro 7 giorni.

7. Eventuali controversie in materia di assistenza domiciliare programmata sono affidate alla valutazione congiunta del Direttore del distretto e del medico di medicina generale membro di diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali.

8. In relazione a particolari difficoltà locali, l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali può definire specifiche modalità procedurali atte a superarle.

Art. 4 - Rapporti con il distretto

1. In relazione alle condizioni di salute di ogni soggetto e ai conseguenti bisogni sanitari e socio-assistenziali che comportano gli interventi domiciliari, il medico di medicina generale ed il medico responsabile a livello distrettuale dell'attività sanitaria, sulla base del programma e delle procedure di cui al precedente articolo 3, concordano:

A) la durata con relativa decorrenza del periodo di erogazione dell'assistenza sanitaria programmata domiciliare, che comunque non può essere superiore ad un anno (con possibilità di proroga);
B) la periodicità settimanale o quindicinale o mensile degli accessi del medico di medicina generale al domicilio, che può variare in relazione alla diversa intensità dell'intervento come determinata dalla evoluzione dello stato di salute del soggetto;
C) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di attivazione al fine della migliore personalizzazione dell'intervento in relazione alle ulteriori prestazioni infermieristiche, sociali, specialistiche, di ricerca diagnostica, che necessitino al soggetto.

Art. 5 - Compenso economico

1. Al medico di medicina generale oltre all'ordinario trattamento economico è corrisposto un compenso onnicomprensivo nella misura di regola ammontante a €. 18,90 per accesso dallo 01.01.2000.

2. Gli accessi devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze previste dal programma concordato.

3. Il trattamento economico cessa immediatamente in caso di ricovero in strutture sanitarie o sociali, per cambio del medico, e il venir meno delle condizioni cliniche inizialmente valutate.

Art. 6 - Modalità di pagamento
1. Per la liquidazione dei compensi il medico segnala al distretto, entro 10 giorni del mese successivo a quello di effettuazione della prestazione, tramite apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato.

2. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nella quantità degli accessi annotati dal medico sulla scheda degli accessi presso il domicilio del paziente.

3. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi.

4. La liquidazione deve avvenire nel secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni, che devono sempre essere documentate alla Azienda nei tempi previsti.

Art. 7 - Documentazione di distretto
1. Presso ogni distretto, è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico di medicina generale che eroga l'assistenza di cui agli articoli precedenti.

2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti con le relative variazioni mensili, ed i modelli per l'assistenza domiciliare.

3. Sulla base di apposito Accordo Regionale è stabilita la modulistica da adottarsi da parte delle Aziende per i compiti di cui al presente Allegato.

Art. 8 - Verifiche
1. Il dirigente medico responsabile del competente servizio della Azienda ed i responsabili distrettuali delle attività sanitarie possono in ogni momento verificare presso i domicili degli assistiti la necessità degli interventi attivati.

2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo col medico di medicina generale.

Art. 9 – Intese decentrate.

1. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei differenti contenuti e modalità di attuazione del presente Allegato.

ALLEGATO H

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Art. 1 - Prestazioni

1. L'assistenza domiciliare integrata di cui all'art. 53, comma 1, lettera a), è svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni:

a) di medicina generale;
b) di medicina specialistica;
c) infermieristiche domiciliari e di riabilitazione;
d) di aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio delle Aziende;
e) di assistenza sociale.

2. L'assistenza domiciliare integrata è realizzata mediante la integrazione professionale tra i diversi professionisti di cui alla presente convenzione e tra essi e le altre figure dell'assistenza territoriale, in un sistema integrato, anche di prestazioni, che complessivamente offra una risposta globale al bisogno di salute della persona non autosufficiente.

3. Lo svolgimento è fortemente caratterizzato dall'intervento integrato dei servizi necessari, sanitari e sociali, in rapporto alle specifiche esigenze di ciascun soggetto al fine di evitarne il ricovero.

Art. 2 - Destinatari

1. Le patologie che consentono l'avvio dell'assistenza sono quelle per le quali l'intervento domiciliare di assistenza integrata si presenta alternativo al ricovero determinabile da ragioni sociali o da motivi di organizzazione sanitaria.

2. Salva diversa determinazione concordata tra il medico responsabile dell'attività sanitaria a livello distrettuale e il medico di medicina generale in relazione alla situazione socio-ambientale e al quadro clinico, le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a:

- malati terminali;
- malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi;
- incidenti vascolari acuti;
- gravi fratture in anziani;
- forme psicotiche acute gravi;
- riabilitazione di vasculopatici;
- riabilitazione in neurolesi;
- malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro);
- dimissioni protette da strutture ospedaliere.

Art. 3 - Procedure per l'attivazione

1. Il servizio viene iniziato, col consenso del medico di assistenza primaria, a seguito di segnalazione al responsabile delle attività sanitarie a livello di distretto nel quale ha la residenza l'interessato da parte del:

a) medico di assistenza primaria;
b) responsabile del reparto ospedaliero all'atto delle dimissioni;
c) servizi sociali;
d) familiari del paziente.

2. Entro 48 ore dalla segnalazione ricevuta il medico del distretto attiva o meno le procedure e prende contatto con il medico di medicina generale per attivare l'intervento integrato, dopo aver recepito il consenso del malato o dei suoi familiari.

3. Ove il medico del distretto non ritenga necessaria l'attivazione dell'ADI per il caso proposto dal medico di famiglia, deve darne motivata comunicazione entro 24 ore dalla richiesta di attivazione al medico di assistenza primaria e ai familiari dell'assistito interessato.

4. Nel caso in cui la proposta di ADI sia approvata, il sanitario responsabile a livello distrettuale e il medico di assistenza primaria concordano:

a) la durata presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza integrata;
b) la tipologia degli altri operatori sanitari coinvolti;
c) le richieste di intervento degli operatori del servizio sociale da avanzare al responsabile distrettuale delle relative attività;
d) la cadenza degli accessi del medico di medicina generale al domicilio del paziente in relazione alla specificità del processo morboso in corso e agli interventi sanitari e sociali necessari, tenendo conto della variabilità clinica di ciascun caso;
e) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di effettuazione del servizio.

5. Il medico di assistenza primaria nell'ambito del piano di interventi:

- ha la responsabilità unica e complessiva del paziente;
- tiene la scheda degli accessi fornita dalla Azienda presso il domicilio del paziente sul quale gli operatori sanitari riportano i propri interventi;
- attiva le eventuali consulenze specialistiche, gli interventi infermieristici e sociali programmati;
- coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente.

Art. 4 - Sospensione

1. L'assistenza può essere sospesa in qualsiasi momento sia dal medico di assistenza primaria che dalla Azienda, con decisione motivata e con preavviso di almeno 7 giorni, salvaguardando in ogni caso le esigenze socio-sanitarie del paziente.

Art. 5 - Trattamento economico

1. Al medico di medicina generale, oltre all'ordinario trattamento economico di cui all'art. 59 è corrisposto un compenso onnicomprensivo per ciascun accesso di €. 18,90 dallo 01.01.2000.

2. Gli accessi del medico al domicilio del paziente devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze stabilite.

3. Il trattamento economico cessa in caso di ricovero del paziente in struttura sanitaria, o al venir meno delle condizioni cliniche inizialmente valutate.

4. In caso di ricovero in struttura sociale il programma di assistenza domiciliare integrata viene riformulato sulla base della nuova situazione assistenziale. Cessa qualora l'assistenza sia erogata mediante l'accordo regionale di cui all'art. 53, comma 1, lettera c).

Art. 6 - Modalità di pagamento

1. Al fine della corresponsione del compenso il medico segnala al distretto, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di effettuazione delle prestazioni, tramite apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato.

2. Effettuato il riscontro tra il programma concordato e gli accessi indicati dal medico, i documenti sono inoltrati al competente servizio della Azienda per la liquidazione.

3. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nella quantità degli accessi annotati dal medico sulla scheda degli accessi presso il domicilio dell'assistito.

4. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi.

5. La liquidazione deve avvenire nel corso del secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni che devono sempre essere documentate alla Azienda nei tempi previsti.

Art. 7 - Documentazione di distretto
1. Presso ogni distretto è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico di medicina generale che eroga l'assistenza domiciliare integrata.

2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti con le relative variazioni ed una copia del programma concordato per l'assistenza domiciliare integrata.

Art. 8 - Riunioni periodiche
1. Il dirigente medico responsabile del servizio promuove riunioni periodiche con i responsabili dell'attività sanitaria distrettuale e con i membri del Comitato Aziendale al fine di assicurare l'uniformità dei criteri di ammissione ai trattamenti, di verificare congiuntamente l'andamento del processo erogativo agli effetti della sua efficienza ed efficacia, di esaminare per le relative soluzioni gli eventuali problemi connessi alla gestione dell'accordo.

2. Alla riunione possono essere invitati i medici convenzionati di medicina generale in relazione ai singoli problemi assistenziali in discussione.

3. Il medico di medicina generale tempestivamente avvertito è tenuto a partecipare, concordando modalità e tempi.

Art. 9 - Verifiche
1. Il dirigente medico responsabile del servizio ed i responsabili distrettuali delle attività sanitarie possono in ogni momento verificare presso il domicilio la necessità degli interventi attivati.

2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo col medico di medicina generale.

Art. 10 - Controversie
1. Eventuali controversie in materia di Assistenza Domiciliare Integrata sono affidate alla valutazione congiunta del Direttore del Distretto e del medico di medicina generale membro di diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali.

2. In relazione a particolari difficoltà locali, l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali può definire specifiche modalità procedurali atte a superarle.

Art. 11 – Intese decentrate.
1. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei differenti contenuti e modalità di attuazione del presente Allegato.

ALLEGATO I

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675 e succ. modd. integr. e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questa Amministrazione della formazione della graduatoria regionale valida per il periodo:
____

2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;
____
____

3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria;
____
____

4. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione_________________;

5. L'art. 13 della citata legge Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;
____
____

6. Titolare del trattamento dei dati è
____

ALLEGATO L.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. ____ nato a __________________________ il __________ residente in ______________
Via/Piazza ____ n° ______
iscritto all'Albo dei __________________________ della Provincia di __________ ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 15 dichiara formalmente di

1) essere - non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):
Soggetto __________________________ ore settimanali ______________
Via __________________________ Comune di ____________________
Tipo di rapporto di lavoro ______________________________________
Periodo: dal ______________________________

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° ______ scelte e con n° ______ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di __________ Azienda ________

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° ____ scelte
Periodo: dal ______________________

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)
Azienda ____________ branca ____________________ ore sett.______
Azienda ____________ branca ____________________ ore sett.______

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
Provincia ____________________ branca ____________________
Periodo: dal ______________________

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:
Azienda________________ Via ______________________________
Tipo di attività ____
Periodo: dal ______________________

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione __________ o in altra regione (2):
Regione ____________________ Azienda ______________ ore sett.______
in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:
Denominazione del corso ______________________________________
Soggetto pubblico che lo svolge ______________________________
Inizio: dal ______________________________

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modicicazioni. (2)
Organismo ______________________________ ore sett. ______________
Via ______________________ Comune di ______________________
Tipo di attività ____
Tipo di rapporto di lavoro ____
Periodo: dal ____

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)
Organismo ______________________________ ore sett. ______________
Via ______________________ Comune di ______________________
Tipo di attività ____
Tipo di rapporto di lavoro ____
Periodo: dal ____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:
Azienda___ ______________________________ ore sett. ______________
Via ______________________ Comune di ______________________
Periodo: dal ____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)
Azienda ____________________ Comune di ______________________
Periodo: dal ____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)
____
____
Periodo: dal ____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:
____
____

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
Periodo: dal ____

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)
____
____
Periodo: dal ____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)
Azienda ___________________ Comune _______________ ore sett. _______
Tipo di attività ____
Periodo: dal ____

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):
Soggetto pubblico ____
Via ___________________________ Comune di ____________________
Tipo di attività ____
Tipo di rapporto di lavoro: ____________________________________
Periodo: dal ____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)
____
____
Periodo: dal ____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)
soggetto erogante il trattamento pensionistico______________________
____
Pensionato dal ____

NOTE: ____
____
____
____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data ____________________ Firma ____________________

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"

Allegato M

ALLEGATO M

REGIONE________________PROVINCIA______________AZIENDA__________ SEDE___________

MEDICO____________________________DATA_____________ ORA D'INTERVENTO____________

TIPO INTERVENTO Ambulatoriale ☐ Domiciliare ☐ Intervento in esterno ☐

LOCALITA':____

RELAZIONE MEDICA

MOTIVI E CIRCOSTANZE

____

____

____

____

CONDIZIONI CLINICHE ALL'ARRIVO DEL MEDICO

P.A.________ F.C.__________ F.R.___________ T.C.__________ HGT______________

Cute: Normale ☐ Pallida ☐ Itterica ☐ Cianotica ☐ Altro______________

Stato nutrizione ed idratazione_________________________Diuresi___________Alvo___________

SISTEMA NERVOSO	
Indenne	☐
Coscienza obnubilata	☐
Perdita di coscienza	☐
Stato di agitazione	☐
Convulsioni	☐
Romberg	☐
Rigor nucalis	☐
Deficit motorio	☐
Deficit sensitivo	☐
Deviazione dello sguardo	☐

PUPILLE	***Dx***	***Sx***
Normali	☐	☐
Miosi	☐	☐
Midriasi	☐	☐
R. fotomotori	☐	☐
Nistagmo		☐
APP. RESPIRATORIO		
Indenne		☐
Rumori		☐
Rumori secchi		☐
Enfisema sottocutaneo		☐

APP. CARDIOCIRCOLATORIO		
Normale		☐
Aritmia		☐
Cianosi		☐
Edemi		☐
ADDOME		
Murphy		☐
Blumberg		☐
Rovsing		☐
Giordano	Dx	Sx
	☐	☐
Ascite		☐

ALTRO____

____

____

____

TERAPIA____

____

____

____

____

ESITO INTERVENTO

Paziente: Rinviato/Mantenuto al domicilio ☐ Disposto ricovero ☐ Trasporto: Mezzo proprio ☐ 118 ☐

L'INTERVENTO NON PRESENTAVA CARATTERE DI PRESTAZIONE NON DIFFERIBILE ☐

GENERALITA' ASSISTITO

SESSO M ☐ *F* ☐ *ETA'*__________ *CODICE FISCALE*________________________

COGNOME E NOME ____

RESIDENZA: Via____________________Città__________________Provincia_____________

FIRMA DELL' UTENTE **FIRMA DEL MEDICO**

ALLEGATO N

MODULO RIEPILOGATIVO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE SINGOLE O MULTIPLE SOGGETTE AD AUTORIZZAZIONE

REGIONE _______________ Azienda n. _____ Dott. _________________________

Prestazioni autorizzate dalla Azienda ed eseguite in favore dell'assistito:

Sig.____
via _________________________________ città ________________________Cod. Reg. _________
Tipo di prestazione effettuata: ____

n. progr.	Data di esecuzione	Firma dell'assistito
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Data ________

ALLEGATO O

REGOLAMENTO ELETTORALE
ELEZIONE DEI COMPONENTI ELETTIVI DELLA MEDICINA GENERALE DELL'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI

1. Il presente regolamento disciplina le modalità di elezione dei componenti di parte elettiva per la medicina generale dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali.

2. La elezione dei componenti di cui al precedente comma si svolgerà in tutte le Aziende della regione ed in tutti i Distretti entro e non oltre sei mesi dalla entrata in vigore del presente Accordo.

3. L'Assessore Regionale alla Sanità, sentiti i Direttori Generali delle Aziende, indica la data di svolgimento delle elezioni di cui al presente articolo.

4. A tal fine il Direttore Generale istituisce un seggio in ciascun distretto ed invia ai presidenti dei seggi l'elenco di tutti gli aventi diritto al voto in ciascun seggio. Ogni medico vota nel seggio del Distretto di appartenenza.

5. Le Aziende provvedono a comunicare agli aventi diritto al voto, con modalità stabilite dal Comitato di cui all'art. 23, la data, l'orario e la sede delle elezioni, nonché le modalità di voto.

6. Hanno diritto al voto tutti i medici incaricati a tempo indeterminato per la medicina generale alla data di effettuazione delle elezioni. Il diritto al voto può essere rivendicato, ove il medico non sia inserito nell'elenco fornito al seggio elettorale, al momento del voto esibendo idonea certificazione di titolarità di incarico.

7. Il seggio elettorale è composto da un funzionario della Azienda, nominato dal Direttore Generale, che lo presiede e da due scrutatori indicati dal Comitato di cui all'art. 23.

8. L'elettore dovrà presentarsi al seggio munito di valido documento di riconoscimento o essere conosciuto dal presidente. Ogni elettore vota esprimendo un numero di preferenze che può anche essere pari al numero dei membri eleggibili.

9. I presidenti di seggio cureranno lo svolgimento delle operazioni di voto, lo scrutinio delle schede (che avverrà immediatamente dopo le operazioni di voto) e la trasmissione delle schede scrutinate alla Azienda che ha il dovere di conservarle per almeno 30 giorni dagli scrutini. Trascorso tale termine, le schede devono essere distrutte.

10. Le Aziende trasmettono al Comitato regionale di cui all'art. 24 i dati elettorali.

11. Per ciascun organismo, saranno eletti i medici che avranno riportato complessivamente il maggior numero di preferenze

12. Il Direttore Generale della Azienda proclama gli eletti agli Uffici di Coordinamento delle attività distrettuali.

13. I compensi per i componenti il seggio elettorale sono definiti con provvedimento della Regione e sono a carico delle Aziende di riferimento.

14. La tornata elettorale si svolge in tutti i distretti nella stessa data e, di norma, in una giornata di sabato, secondo orari determinati dal Comitato di cui all'art. 24.

15. I componenti eletti ai sensi del presente regolamento decadono per:

a) assenze complessive superiori al 50% delle riunioni effettuate nel corso dell'anno;
b) dimissioni dall'incarico;
c) cessazione del o degli incarichi convenzionali detenuti nella medicina generale.

16. Il componente decaduto per effetto del disposto di cui al comma precedente è sostituito dal primo dei non eletti.

ALLEGATO P

SCHEMA DI LINEE GUIDA PER I CORSI DI IDONEITÀ ALL'EMERGENZA SANITARIA

PROGRAMMA

Poiché per le due situazioni cliniche di emergenza estrema, rappresentate dall'arresto cardiocircolatorio e dal grave politraumatismo, è di primaria importanza garantire un intervento qualificato da parte del personale addetto al soccorso, nel programma del corso per i medici dell'Emergenza saranno inserite le Linee Guida riguardo alla sequenza delle procedure di BLS (Basic Life Support=Sostegno delle Funzioni Vitali) e di ACLS (Avanced Cardiac Life Support) nei casi di arresto cardiocircolatorio secondo l'American Heart Association e l'European Resuscitation Council e le Linee Guida dell'ATLS (Advanced Trauma Life Support) nei casi di pazienti traumatizzati dell'American College of Surgeons, organismi scientifici, internazionali ed autorevoli, che periodicamente provvedono ad una revisione critica e ad un aggiornamento dei protocolli in base all'evoluzione delle conoscenze.

Il corso deve comunque perseguire il raggiungimento, da parte dei discenti, dei seguenti obiettivi:

1. Saper assistere un paziente:
   - ❑ al domicilio;
   - ❑ all'esterno;
   - ❑ su di un mezzo di soccorso mobile;
   - ❑ in ambulatorio.
2. Saper diagnosticare e trattare un paziente:
   - ❑ in arresto cardio circolatorio (manovre di rianimazione con ripristino della pervietà delle vie aeree, ventilazione artificiale, massaggio cardiaco esterno, defibrillazione, uso dei farmaci raccomandati dal protocollo dell'ACLS)
   - ❑ con insufficienza respiratoria acuta (dall'uso dei farmaci, intubazione o.t., alla cricotomia)
   - ❑ politraumatizzato o con traumatismi maggiori (drenaggio toracico, manovre di decompressione in caso di PNX, incannulamento vene centrali, prevenzione di danni neurologici, ecc.)
   - ❑ grande ustionato (da fattori chimici o da calore)
   - ❑ in stato di shock
   - ❑ in coma o altre patologie neurologiche
   - ❑ con dolore toracico (dall'angina all'IMA complicato)
   - ❑ con aritmia cardiaca
   - ❑ con E.P.A.
   - ❑ con emorragie interne ed esterne (emoftoe, ematemesi, enterorragia, rottura di aneurisma)
   - ❑ in caso di folgorazione o annegamento
   - ❑ in caso di avvelenamento o di intossicazione esogena acuta
   - ❑ in emergenza ostetrico-ginecologica (assistenza al parto)
   - ❑ in emergenza pediatrica (dalla crisi convulsiva all'arresto cardiorespiratorio del neonato)
   - ❑ in emergenza psichiatrica (malato violento o in stato di agitazione psicomotoria)
3. Conoscere le tecniche di estrazione e di immobilizzazione di un paziente traumatizzato;
4. Avere nozioni e manualità di piccola chirurgia riferita in particolar modo al corretto trattamento della traumatologia "minore" (ferite, ustioni, contusioni, lussazioni, fratture);
5. Conoscere le implicazioni medico legali nell'attività dell'emergenza (responsabilità nei diversi momenti operativi);
6. Avere nozioni riguardo ai problemi di pianificazione delle urgenze/emergenza in caso di macro e maxi-emergenza (Il triage, coordinamento dei soccorsi anche con la Protezione Civile, ecc.)
7. Sapere utilizzare la tecnologia connessa con l'emergenza territoriale (sistemi di comunicazione, sistemi informatici, apparecchiature elettroniche);

8. Essere a conoscenza dell'organizzazione dei servizi comunque coinvolti nell'emergenza territoriale.
9. Essere formato al Corso dispatch emergency medical.

Per quanto riguarda la parte pratica questa dovrà essere svolta presso ospedali che siano forniti di almeno:
1. Pronto Soccorso - Medicina e Chirurgia d'Urgenza
2. Rianimazione
3. Cardiologia e Terapia intensiva
4. Ortopedia
5. Centrale Operativa funzionante e disponibilità di mezzi di soccorso

Inoltre dovranno naturalmente essere individuati i materiali e gli strumenti da usare come supporti didattici (manichini per massaggio cardiaco esterno, intubazione oro-tracheale, incannulamento di vene centrali, seminari per la discussione di "casi" tratti dalla realtà o simulati, esercitazioni in collaborazione con i vigili del fuoco, ecc.).
La valutazione finale di "idoneità" o "non idoneità" viene effettuata mediante prova scritta e orale/pratica davanti ad una Commissione esaminatrice nominata dal Direttore Generale di ciascuna Azienda USL con formale provvedimento.
Ai candidati che avranno superato favorevolmente le prove di esame verrà rilasciato l'attestato di idoneità all'esercizio di attività di emergenza sanitaria territoriale.

Allegato Q

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER GRADUATORIA)

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità della Regione ___________________

Il sottoscritto Dott. ___________________________________ nato a ____________________________
Prov. ___ il ________________ M __ F __ Codice Fiscale ___________________________________
Residente a ____prov. ________
Via ____ n_______ CAP _______ tel. _____________
a far data dal________ Azienda U.S.L. di residenza _____________________________________
e residente nel territorio della Regione________________________________ dal ______________
inserito nella graduatoria regionale di settore di cui all'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, laureato dal __________________, con voto _______,

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _________________ n. ________ del ________, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, commi 7 e 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato *(barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata)*:

a) riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a,)
b) riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b,)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- ❑ la propria residenza
- ❑ il domicilio sotto indicato:

c/o __________________________ Comune __________________ CAP ________ provincia ____

indirizzo ____ n. ________
Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data ________________________ firma per esteso ____

Allegato Q/1

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE**
(PER GRADUATORIA)

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità della
Regione ___________________

Il sottoscritto Dott. ___________________________________ nato a _____________________________
Prov. ___ il _________________ M __ F __ Codice Fiscale _____________________________________
Residente a ____ prov. ________
Via ____ n_______ CAP _______ tel. _______________
A far data dal ____________ Azienda U.S.L. di residenza ____

e residente nel territorio della Regione _____________________________________ dal ________________

inserito nella graduatoria regionale di settore di cui all'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, laureato dal ___________________, con voto _______,

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione n. ________ del ________, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, comma 7 e comma 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato *(barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata)*:

a) riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a,)
b) riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- ❑ la propria residenza
- ❑ il domicilio sotto indicato:

c/o __________________________ Comune ______________________ CAP _________ provincia ____
indirizzo ____ n. _________
Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data _________________________ firma per esteso ____

Allegato Q/2

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(PER GRADUATORIA)

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità della
Regione ___________________

Il sottoscritto Dott. ___________________________________ nato a ____________________________
Prov. ___ il _________________ M __ F __ Codice Fiscale ___________________________________
Residente a ____prov. ________
Via ____ n_______ CAP _______ tel. _____________
A far data dal___________Azienda U.S.L. di residenza______________________________________
e residente nel territorio della Regione _____________________________________ dal ________________

inscritto nella graduatoria regionale di settore di cui all'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, laureato dal ___________________, con voto _______,

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 92, comma 5, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione ____________________ n. ________ del ______________, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	

Il sottoscritto dichiara di essere titolare di Continuità Assistenziale presso l'Azienda ___________________ della Regione __________________________

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- ❑ la propria residenza
- ❑ il domicilio sotto indicato:

c/o ____________________________ Comune ___________________ CAP _________ provincia ____

indirizzo ____ n. _________

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data _______________________ firma per esteso ____

Allegato Q/3

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA

(PER TRASFERIMENTO)

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità della
Regione ___________________

Il sottoscritto Dott. ___________________________________ nato a ____________________________
Prov. ___ il _________________ M __ F __ Codice Fiscale __________________________________
Residente a ____ prov. ________
Via ____ n_______ CAP _______ tel. _______________
A far data dal __________ e residente nel territorio della Regione ___________________________
dal ___________, titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso la Azienda Sanitaria Locale n. _______ di ________________________________, per l'ambito territoriale di __________________________________ della Regione ___________________, dal ____________ e con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a mesi ______________,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione ______________________ n. ________ del ______________, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità complessiva di incarico in assistenza primaria:
allegati n. __ (____________________) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- ❑ la propria residenza
- ❑ il domicilio sotto indicato:

c/o __________________________ Comune ______________________ CAP _________ provincia ____

indirizzo ____ n. _________

Data _________________________ firma per esteso ____

Allegato Q/4

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
(PER TRASFERIMENTO)

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità della
Regione ___________________

Il sottoscritto Dott. ________________________________ nato a ___________________________
Prov. ___ il ________________ M __ F __ Codice Fiscale ____________________________________
Residente a ____ prov. _______
Via __________________________________ n______ CAP ______ tel. ______________
A far data dal _________ Azienda U.S.L. di residenza ____________________________________
e residente nel territorio della Regione __________________________________ dal _____________

titolare di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale presso la Azienda n. ____di ______________________ della Regione __________________, dal ___________ e con anzianità complessiva di Continuità Assistenziale pari a mesi ____________,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione __________________ n. ______ del _________, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 49, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità complessiva di incarico in Continuità Assistenziale:
allegati n. __ (_________________) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:
- ❑ la propria residenza
- ❑ il domicilio sotto indicato:

c/o ______________________ Comune ___________________ CAP ________ provincia ____
indirizzo ____ n. ________

Data _____________________ firma per esteso _____________________________________

Allegato Q/5

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(PER TRASFERIMENTO)

RACCOMANDATA

All'Azienda USL ________________

Il sottoscritto Dott. _________________________________ nato a ____________________________
Prov. ___ il ________________ M __ F __ Codice Fiscale _______________________________
Residente a ____ prov. ________
Via ____ n_______ CAP _______ tel. _____________
A far data dal __________ Azienda U.S.L. di residenza ____________________________________
e residente nel territorio della Regione ______________________________ dal ____________ titolare di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale presso la Azienda n. _____ di ______________________della Regione __________________, dal ___________ e con anzianità complessiva di emergenza sanitaria territoriale pari a mesi ______________,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 92, comma 5, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione ___________________ n. _____ del _________, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASL		Presidio			ASL		Presidio	
ASL		Presidio			ASL		Presidio	
ASL		Presidio			ASL		Presidio	
ASL		Presidio			ASL		Presidio	
ASL		Presidio			ASL		Presidio	
ASL		Presidio			ASL		Presidio	
ASL		Presidio			ASL		Presidio	

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 63, comma 4, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità complessiva di incarico in emergenza sanitaria territoriale:
allegati n. __ (___________________) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:
- ❑ la propria residenza
- ❑ il domicilio sotto indicato:

c/o _________________________ Comune ____________________ CAP ________ provincia ___

indirizzo ____ n. ________

Data ______________________ firma per esteso ______________________________________

Allegato Q/6

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI
(PER TRASFERIMENTO)

RACCOMANDATA

All'Azienda USL ________________

Il sottoscritto Dott. ________________________________ nato a ___________________________
Prov. ___ il ________________ M __ F __ Codice Fiscale ________________________________
Residente a ____ prov. _______
Via ____ n______ CAP ______ tel. _____________
A far data dal _________ Azienda U.S.L. di residenza ___________________________________
e residente nel territorio della Regione ________________________________ dal _______________ titolare di incarico a tempo indeterminato per la medicina dei servizi presso la Azienda n. _____ di __________________________, della Regione _________________, dal ___________ e con anzianità complessiva di medicina dei servizi pari a mesi _____________,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 79 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di medicina dei servizi pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione ____________________ n. _______ del _____________, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 79 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità complessiva di servizio in medicina dei servizi:
allegati n. __ (___________________) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:
- ❑ la propria residenza
- ❑ il domicilio sotto indicato:

c/o ___________________________ Comune ___________________ CAP ________ provincia ____

indirizzo ____ n. ________

Data ________________________ firma per esteso ____

ALLEGATO R

MODULO RIEPILOGATIVO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

REGIONE ____________________ Azienda n. ______ Dott. ____________________

DATA	COGNOME	NOME	INDIRIZZO	CODICE REG.ASS	TIPO DI PRESTAZIONE

Data____________________ Firma_____________________________

06A04904

AUGUSTA IANNINI, *direttore* FRANCESCO NOCITA, *redattore*

(G603100/1) Roma, 2006 - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A. - S.

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO

LIBRERIE CONCESSIONARIE PRESSO LE QUALI È IN VENDITA LA GAZZETTA UFFICIALE

cap	località	libreria	indirizzo	pref.	tel.	fax
95024	**ACIREALE (CT)**	CARTOLIBRERIA LEGISLATIVA S.G.C. ESSEGICI	Via Caronda, 8-10	095	7647982	7647982
00041	**ALBANO LAZIALE (RM)**	LIBRERIA CARACUZZO	Corso Matteotti, 201	06	9320073	93260286
60121	**ANCONA**	LIBRERIA FOGOLA	Piazza Cavour, 4-5-6	071	2074606	2060205
83100	**AVELLINO**	LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI	Via Matteotti, 30/32	0825	30597	248957
81031	**AVERSA (CE)**	LIBRERIA CLA.ROS	Via L. Da Vinci, 18	081	8902431	8902431
70124	**BARI**	CARTOLIBRERIA QUINTILIANO	Via Arcidiacono Giovanni, 9	080	5042665	5610818
70121	**BARI**	LIBRERIA UNIVERSITÀ E PROFESSIONI	Via Crisanzio, 16	080	5212142	5243613
13900	**BIELLA**	LIBRERIA GIOVANNACCI	Via Italia, 14	015	2522313	34983
40132	**BOLOGNA**	LIBRERIA GIURIDICA EDINFORM	Via Ercole Nani, 2/A	051	4218740	4210565
40124	**BOLOGNA**	LIBRERIA GIURIDICA - LE NOVITÀ DEL DIRITTO	Via delle Tovaglie, 35/A	051	3399048	3394340
21052	**BUSTO ARSIZIO (VA)**	CARTOLIBRERIA CENTRALE BORAGNO	Via Milano, 4	0331	626752	626752
91022	**CASTELVETRANO (TP)**	CARTOLIBRERIA MAROTTA & CALIA	Via Q. Sella, 106/108	0924	45714	45714
95128	**CATANIA**	CARTOLIBRERIA LEGISLATIVA S.G.C. ESSEGICI	Via F. Riso, 56/60	095	430590	508529
88100	**CATANZARO**	LIBRERIA NISTICÒ	Via A. Daniele, 27	0961	725811	725811
66100	**CHIETI**	LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI	Via Asinio Herio, 21	0871	330261	322070
22100	**COMO**	LIBRERIA GIURIDICA BERNASCONI - DECA	Via Mentana, 15	031	262324	262324
87100	**COSENZA**	LIBRERIA DOMUS	Via Monte Santo, 70/A	0984	23110	23110
50129	**FIRENZE**	LIBRERIA PIROLA già ETRURIA	Via Cavour 44-46/R	055	2396320	288909
71100	**FOGGIA**	LIBRERIA PATIERNO	Via Dante, 21	0881	722064	722064
03100	**FROSINONE**	L'EDICOLA	Via Tiburtina, 224	0775	270161	270161
16121	**GENOVA**	LIBRERIA GIURIDICA	Galleria E. Martino, 9	010	565178	5705693
95014	**GIARRE (CT)**	LIBRERIA LA SEÑORITA	Via Trieste angolo Corso Europa	095	7799877	7799877
73100	**LECCE**	LIBRERIA LECCE SPAZIO VIVO	Via Palmieri, 30	0832	241131	303057
74015	**MARTINA FRANCA (TA)**	TUTTOUFFICIO	Via C. Battisti, 14/20	080	4839784	4839785
98122	**MESSINA**	LIBRERIA PIROLA MESSINA	Corso Cavour, 55	090	710487	662174
20100	**MILANO**	LIBRERIA CONCESSIONARIA I.P.Z.S.	Galleria Vitt. Emanuele II, 11/15	02	865236	863684
70056	**MOLFETTA (BA)**	LIBRERIA IL GHIGNO	Via Salepico, 47	080	3971365	3971365

Segue: **LIBRERIE CONCESSIONARIE PRESSO LE QUALI È IN VENDITA LA GAZZETTA UFFICIALE**

cap	**località**	libreria	indirizzo	pref.	tel.	fax
80139	**NAPOLI**	LIBRERIA MAJOLO PAOLO	Via C. Muzy, 7	081	282543	269898
80134	**NAPOLI**	LIBRERIA LEGISLATIVA MAJOLO	Via Tommaso Caravita, 30	081	5800765	5521954
28100	**NOVARA**	EDIZIONI PIROLA E MODULISTICA	Via Costa, 32/34	0321	626764	626764
90138	**PALERMO**	LA LIBRERIA DEL TRIBUNALE	P.za V.E. Orlando, 44/45	091	6118225	552172
90138	**PALERMO**	LIBRERIA S.F. FLACCOVIO	Piazza E. Orlando, 15/19	091	334323	6112750
90145	**PALERMO**	LIBRERIA COMMISSIONARIA G. CICALA INGUAGGIATO	Via Galileo Galilei, 9	091	6828169	6822577
90133	**PALERMO**	LIBRERIA FORENSE	Via Maqueda, 185	091	6168475	6177342
43100	**PARMA**	LIBRERIA MAIOLI	Via Farini, 34/D	0521	286226	284922
06087	**PERUGIA**	CALZETTI & MARIUCCI	Via della Valtiera, 229	075	5997736	5990120
29100	**PIACENZA**	NUOVA TIPOGRAFIA DEL MAINO	Via Quattro Novembre, 160	0523	452342	461203
59100	**PRATO**	LIBRERIA CARTOLERIA GORI	Via Ricasoli, 26	0574	22061	610353
00192	**ROMA**	LIBRERIA DE MIRANDA	Viale G. Cesare, 51/E/F/G	06	3213303	3216695
00195	**ROMA**	COMMISSIONARIA CIAMPI	Viale Carso, 55-57	06	37514396	37353442
00161	**ROMA**	L'UNIVERSITARIA	Viale Ippocrate, 99	06	4441229	4450613
00187	**ROMA**	LIBRERIA GODEL	Via Poli, 46	06	6798716	6790331
00187	**ROMA**	STAMPERIA REALE DI ROMA	Via Due Macelli, 12	06	6793268	69940034
45100	**ROVIGO**	CARTOLIBRERIA PAVANELLO	Piazza Vittorio Emanuele, 2	0425	24056	24056
63039	**SAN BENEDETTO D/T (AP)**	LIBRERIA LA BIBLIOFILA	Via Ugo Bassi, 38	0735	587513	576134
07100	**SASSARI**	MESSAGGERIE SARDE LIBRI & COSE	Piazza Castello, 11	079	230028	238183
10122	**TORINO**	LIBRERIA GIURIDICA	Via S. Agostino, 8	011	4367076	4367076
21100	**VARESE**	LIBRERIA PIROLA	Via Albuzzi, 8	0332	231386	830762
36100	**VICENZA**	LIBRERIA GALLA 1880	Viale Roma, 14	0444	225225	225238

MODALITÀ PER LA VENDITA

La «Gazzetta Ufficiale» e tutte le altre pubblicazioni dell'Istituto sono in vendita al pubblico:

- **— presso l'Agenzia dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A. in ROMA, piazza G. Verdi, 10 - ☎ 06 85082147;**
- **— presso le librerie concessionarie indicate (elenco consultabile sul sito www.ipzs.it)**

L'Istituto conserva per la vendita le Gazzette degli ultimi 4 anni fino ad esaurimento. Le richieste per corrispondenza potranno essere inviate a:

Funzione Editoria - U.O. DISTRIBUZIONE
Attività Librerie concessionarie, Vendita diretta e Abbonamenti a periodici
Piazza Verdi 10, 00198 Roma
fax: 06-8508-4117
e-mail: editoriale@ipzs.it

avendo cura di specificare nell'ordine, oltre al fascicolo di GU richiesto, l'indirizzo di spedizione e di fatturazione (se diverso) ed indicando il codice fiscale per i privati. L'importo della fornitura, maggiorato di un contributo per le spese di spedizione, sarà versato in contanti alla ricezione.

Le inserzioni, come da norme riportate nella testata della parte seconda, si ricevono con pagamento anticipato, presso le agenzie in Roma e presso le librerie concessionarie.

Per informazioni, prenotazioni o reclami attinenti agli abbonamenti oppure alla vendita della *Gazzetta Ufficiale* bisogna rivolgersi direttamente all'Amministrazione, presso l'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - Piazza G. Verdi, 10 - 00100 ROMA

Gazzetta Ufficiale Abbonamenti	Vendite	Ufficio inserzioni	Numero verde
☎ 800-864035 - Fax 06-85082520	☎ 800-864035 - Fax 06-85084117	☎ 800-864035 - Fax 06-85082242	☎ 800-864035

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

CANONI DI ABBONAMENTO ANNO 2006 (salvo conguaglio) (*)

GAZZETTA UFFICIALE - PARTE I (legislativa)

			CANONE DI ABBONAMENTO		
Tipo A	Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi tutti i supplementi ordinari:				
	(di cui spese di spedizione € 219,04)		- annuale	€	**400,00**
	(di cui spese di spedizione € 109,52)		- semestrale	€	**220,00**
Tipo A1	Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi i soli supplementi ordinari contenenti i provvedimenti legislativi:				
	(di cui spese di spedizione € 108,57)		- annuale	€	**285,00**
	(di cui spese di spedizione € 54,28)		- semestrale	€	**155,00**
Tipo B	Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti dei giudizi davanti alla Corte Costituzionale:				
	(di cui spese di spedizione € 19,29)		- annuale	€	**68,00**
	(di cui spese di spedizione € 9,64)		- semestrale	€	**43,00**
Tipo C	Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti della CE:				
	(di cui spese di spedizione € 41,27)		- annuale	€	**168,00**
	(di cui spese di spedizione € 20,63)		- semestrale	€	**91,00**
Tipo D	Abbonamento ai fascicoli della serie destinata alle leggi e regolamenti regionali:				
	(di cui spese di spedizione € 15,31)		- annuale	€	**65,00**
	(di cui spese di spedizione € 7,65)		- semestrale	€	**40,00**
Tipo E	Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata ai concorsi indetti dallo Stato e dalle altre pubbliche amministrazioni:				
	(di cui spese di spedizione € 50,02)		- annuale	€	**167,00**
	(di cui spese di spedizione € 25,01)		- semestrale	€	**90,00**
Tipo F	Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi tutti i supplementi ordinari, ed ai fascicoli delle quattro serie speciali:				
	(di cui spese di spedizione € 344,93)		- annuale	€	**780,00**
	(di cui spese di spedizione € 172,46)		- semestrale	€	**412,00**
Tipo F1	Abbonamento ai fascicoli della serie generale inclusi i supplementi ordinari con i provvedimenti legislativi e ai fascicoli delle quattro serie speciali:				
	(di cui spese di spedizione € 234,45)		- annuale	€	**652,00**
	(di cui spese di spedizione € 117,22)		- semestrale	€	**342,00**

N.B.: L'abbonamento alla GURI tipo A, A1, F, F1 comprende gli indici mensili
Integrando con la somma di € **80,00** *il versamento relativo al tipo di abbonamento alla* Gazzetta Ufficiale *- parte prima - prescelto, si riceverà anche l'Indice Repertorio Annuale Cronologico per materie anno 2005.*

BOLLETTINO DELLE ESTRAZIONI

Abbonamento annuo (incluse spese di spedizione) € **88,00**

CONTO RIASSUNTIVO DEL TESORO

Abbonamento annuo (incluse spese di spedizione) € **56,00**

PREZZI DI VENDITA A FASCICOLI
(Oltre le spese di spedizione)

Prezzi di vendita:		
	serie generale	€ 1,00
	serie speciali (escluso concorsi), ogni 16 pagine o frazione	€ 1,00
	fascicolo serie speciale, *concorsi*, prezzo unico	€ 1,50
	supplementi (ordinari e straordinari), ogni 16 pagine o frazione	€ 1,00
	fascicolo Bollettino Estrazioni, ogni 16 pagine o frazione	€ 1,00
	fascicolo Conto Riassuntivo del Tesoro, prezzo unico	€ 6,00

I.V.A. 4% a carico dell'Editore

GAZZETTA UFFICIALE - PARTE II (inserzioni)

Abbonamento annuo	*(di cui spese di spedizione € 120,00)*		€ **320,00**
Abbonamento semestrale	*(di cui spese di spedizione € 60,00)*		€ **185,00**
Prezzo di vendita di un fascicolo, ogni 16 pagine o frazione (oltre le spese di spedizione)		€ 1,00	

I.V.A. 20% inclusa

RACCOLTA UFFICIALE DEGLI ATTI NORMATIVI

Abbonamento annuo		€ **190,00**
Abbonamento annuo per regioni, province e comuni		€ **180,00**
Volume separato (oltre le spese di spedizione)	€ 18,00	

I.V.A. 4% a carico dell'Editore

Per l'estero i prezzi di vendita, in abbonamento ed a fascicoli separati, anche per le annate arretrate, compresi i fascicoli dei supplementi ordinari e straordinari, devono intendersi raddoppiati. Per il territorio nazionale i prezzi di vendita dei fascicoli separati, compresi i supplementi ordinari e straordinari, relativi ad anni precedenti, devono intendersi raddoppiati. Per intere annate è raddoppiato il prezzo dell'abbonamento in corso. Le spese di spedizione relative alle richieste di invio per corrispondenza di singoli fascicoli, vengono stabilite, di volta in volta, in base alle copie richieste.

N.B. - Gli abbonamenti annui decorrono dal 1° gennaio al 31 dicembre, i semestrali dal 1° gennaio al 30 giugno e dal 1° luglio al 31 dicembre.

Restano confermati gli sconti in uso applicati ai soli costi di abbonamento

ABBONAMENTI UFFICI STATALI
Resta confermata la riduzione del 52% applicata sul solo costo di abbonamento

* tariffe postali di cui al Decreto 13 novembre 2002 (G.U. n. 289/2002) e D.P.C.M. 27 novembre 2002 n. 294 (G.U. 1/2003) per soggetti iscritti al R.O.C.